

|                                 |                    |          |
|---------------------------------|--------------------|----------|
| Krankenkasse bzw. Kostenträger: |                    |          |
| Name, Vorname des Versicherten: |                    | geb. am: |
| Kassen- Nr.:                    | Versicherten- Nr.: | Status:  |
| Betriebsstätten-Nr.:            | Arzt- Nr.:         | Datum    |



**Herzgruppen Saar e.V (HGS)**

Landesverband zur Prävention und Rehabilitation von Herz- und Kreislauferkrankungen



D G P R

## Untersuchungsbogen für Teilnehmer / innen von Herzgruppen

### Bitte machen Sie folgende Angaben:

Ihre Telefon- Nr.: \_\_\_\_\_

O Ballondilatation (en) wann \_\_\_\_\_

Teiln. einer Herz Übungsgruppe seit \_\_\_\_\_

O Stentimplantation (en) wann \_\_\_\_\_

Teiln. einer Herz Trainingsgruppe seit \_\_\_\_\_

O Infarkt (e) wann \_\_\_\_\_

Herzgruppe des Vereins \_\_\_\_\_

O Bypass- OP wann \_\_\_\_\_

Geschlecht: O weiblich O männlich

O Herzklappen- OP wann \_\_\_\_\_

Größe in cm \_\_\_\_\_ Gewicht in Kg \_\_\_\_\_

O Sonstiges \_\_\_\_\_

Rauchverhalten: O Nichtraucher

Medikamente: \_\_\_\_\_

O Ex- Raucher

O Raucher

Sportliche Betätigung O nie

O unregelmäßig

O mehrmals/ Woche

\_\_\_\_\_ h/ Woche

welche Sportarten \_\_\_\_\_

### Bitte Sie Ihren Arzt, diesen Bereich auszufüllen

Datum der Untersuchung: \_\_\_\_\_

Diagnosen und sportrelevante, nichtkardiale Befunde: ( Diabetes, AVK, Asthma, Behinderungen etc. ) \_\_\_\_\_

Blutdruck in Ruhe: \_\_\_\_\_ mm HG

HF in Ruhe: \_\_\_\_\_

Ergometrie: \_\_\_\_\_ Watt ( höchste belastete Leistungsstufe )

\_\_\_\_\_ max. HF

\_\_\_\_\_ mm HG ( höchster RR )

Herzecho: (falls vorhanden) O LV- Dilatation O Aneurisma O EF \_\_\_\_\_% O Schrittmacher O ICD- Träger

Wichtige Besonderheiten: \_\_\_\_\_

.....  
Datum

.....  
Unterschrift der Ärztin / des Arztes

.....  
Stempel

### Datenschutzrechtliche Einwilligung:

Ich willige ein, dass die meine Person betreffenden vorstehenden Angaben ausschließlich zum Zwecke der Herzgruppentherapie Und zur Abrechnung mit den Kostenträgern verwendet werden.

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Herzgruppenteilnehmer / in