

AOK   LKK   BKK   IKK   VDAK   AEV   Knappschaft		
Name, Vorname des Versicherten		
		geb. am
Kassen-Nr.	Versicherten-Nr.	Status
Vertragsarzt-Nr.	VK gültig bis	Datum



Landesverband Sachsen-Anhalt für  
Prävention und Rehabilitation von  
Herz-Kreislaufkrankungen e.V.

Geschäftsstelle:  
Kreisklinik Aschersleben-Staßfurt  
Eislebener Str. 7 a, 06449 Aschersleben  
Telefon 03473/974741, Fax 03473/974711



## Untersuchungsbogen für Teilnehmer/Innen von Herzgruppen

### Bitte machen Sie folgende Angaben:

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

Teilnehmer einer Herz-Übungsgruppe seit \_\_\_\_\_

Teilnehmer einer Herz-Trainingsgruppe seit \_\_\_\_\_

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

Geschlecht:       weiblich     männlich

Größe in cm: \_\_\_\_\_ Gewicht in kg: \_\_\_\_\_

Raucherverhalten:     Nichtraucher  
                               Ex-Raucher  
                               Raucher

sportliche Betätigung  nie  
                                   unregelmäßig  
                                   mehrmals/Woche:  
                                  \_\_\_\_\_ h/Woche

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

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

Stenting                    wann \_\_\_\_\_

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

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

Herzklappen-OP        wann \_\_\_\_\_

Sonstiges \_\_\_\_\_

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

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

### Bitte Sie Ihren behandelnden Arzt, diesen Bereich auszufüllen

Datum der Untersuchung: .....

Diagnosen und sportrelevante, nichtkardiale Befunde (z.B. Diabetes,AVK, Asthma, Behinderungen usw.):

\_\_\_\_\_

Blutdruck in Ruhe: \_\_\_\_\_ mm Hg    HF in Ruhe: \_\_\_\_\_

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

\_\_\_\_\_ maximale HF

\_\_\_\_\_ mm Hg (höchster RR )

Herz-Echo:             LV-Dilatation  
(falls vorhanden)     Aneurysma  
                               EF

Schrittmacher

ICD-Träger

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

.....  
Datum

.....  
Unterschrift der Ärztin / des Arztes

.....  
Stempel