

Sehr geehrte Ärztin,

Sehr geehrter Arzt,

Wir bitten Sie die Rückseite dieses Formulars für Ihre/n PatientIn auszufüllen, da es eine Vorgabe der Krankenkassen ist, diese Informationen über die TeilnehmerInnen der/dem betreuenden Ärztin/ Arzt zur Verfügung zu stellen und nach einem Jahr zu aktualisieren.

Diagnose und Medikamentenliste sind wichtig, um die Belastung einschätzen zu können, da diese die Trainingspulsfrequenz beeinflusst. Im Notfall würde dieses Formular dem Rettungsdienst mitgegeben werden.

Die ÜbungsleiterInnen und die TeilnehmerInnen haben einen Anhalt über die Belastungsgrenze, mit der **Wattbelastung**, an deren wir im Übungsbereich arbeiten können. Die **Trainingspulsfrequenz**, an die der/die PatientIn sich halten soll, wird in der Übungsstunde kontrolliert.

Wir bitten auch um das Ausstellungsdatum, da wir diese Auskunft **einmal Jährlich aktualisiert** benötigen um Änderungen der Belastungsfähigkeit zu erfahren und somit im Training darauf reagieren zu können. Dadurch können die TeilnehmerInnen auch ihren Trainingseffekt erkennen.

Mit freundlichen Grüßen

Ambulante Koronargruppe

Name, Vorname	Geburtsdatum
PLZ, Wohnort	Sportgruppe
Straße, Hausnummer	Telefon
Name der Krankenkasse	Mitglieds-Nr. Krankenkasse
Arzt	

Vom Arzt auszufüllen:

Untersuchung am _____ Größe: _____ cm Gewicht: _____ kg

Kardiale Diagnosen	Medikation und Dosierung
	1
	2
	3
	4
	5
	6
Weitere Sportrelevante Befunde (z.B. Atemwege, orthop. Beeinträchtigungen)	7
	8
Herzvergrößerung? Ja <input type="radio"/> Nein <input type="radio"/>	

	Pulsfrequenz	Blutdruck RR
Ruhe		
2 Min. 25 W.		
2 Min. 50 W.		
2 Min. 75 W.		
2 Min. 100 W.		
2 Min. 125 W.		
2 Min. 150 W.		
2 Min. 175 W.		
2 Min. nach Belastung		
4 Min. nach Belastung		

Grund des Belastungsabbruchs:

Maximale Herzfrequenz des Patienten:

Trainingsfrequenz:

Trainingswattbelastung:

Unterschrift, Stempel Arzt/Ärztin
