



## Patienten-Datenblatt

Name:

Vorname:

Adresse:

Geburtsdatum:

E-Mail:

Tel. Privat:

Tel. Geschäft:

Im Notfall zu informieren:

### Diagnose

Herz:

Andere:

Risikofaktoren:

Medikamente:

### Belastungs-EKG

Datum	Watt	Ischämiezeichen		Rhythmusstörungen		Ruhe-HF	Max.-HF	Max.-BD
		<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein			
		<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein			
		<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein			
		<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein			

Weitere Bemerkungen:

Ort/Datum:

Stempel/Unterschrift Arzt:

Hiermit bestätige ich, dass ich mich während mehrerer Wochen in einem stabilen gesundheitlichen Zustand befinde.

Ort/Datum:

Unterschrift: