



Patienten-Datenblatt

ausgefüllt von der behandelnden Ärztin, dem behandelnden Arzt

Vorname	Name
Adresse	PLZ/Ort
Telefon	Mobile
E-Mail	
Geburtsdatum	weiblich männlich

Diagnose

Herz

Andere

Risikofaktoren

Belastungs-EKG

Datum	Watt	Ischämiezeichen	Rhythmusstörungen	Ruhe-HF	Max. HF	Max. BD
		ja nein	ja nein			
		ja nein	ja nein			
		ja nein	ja nein			
		ja nein	ja nein			

Weitere Bemerkungen

bitte wenden

Vorname

Name

Zusätzliche Bemerkungen

Ort/Datum

Stempel/Unterschrift

.....

Anschrift Herzgruppe

Adresse

PLZ/Ort

E-Mail

Telefon