

## Patienten-Datenblatt

Name: \_\_\_\_\_

Vorname: \_\_\_\_\_

Adresse: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Tel. Privat: \_\_\_\_\_ Tel. Geschäft: \_\_\_\_\_

E-Mail: \_\_\_\_\_

### 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: \_\_\_\_\_