



## 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 Arzt/Ärztin:

---