

Patienten-Datenblatt

Name: _____

Vorname: _____

Adresse: _____

Geburtsdatum: _____

Tel. Privat: _____ Tel. Geschäft: _____

E-Mail: _____

Diagnosen

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: _____