

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