

Anmeldeformular

Name: _____	PLZ: _____ Wohnort: _____
Vorname: _____	Straße: _____
Geburtsdatum: _____	Telefon: _____

Vom Patienten auszufüllen <small>(evtl. nach Rücksprache mit dem Arzt)</small>	Datum: _____ <small>Tag Monat Jahr</small>	<input type="radio"/> Koronare Übungsgruppe <input type="radio"/> Koronare Trainingsgruppe	Eintrittsdatum: _____ <small>Tag Monat Jahr</small>
--	---	---	--

Geschlecht	<input type="radio"/> männlich <input type="radio"/> weiblich	Untersuchung mit "kleinem Katheter" (Einschwemmkatheter)	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein <input type="radio"/> weiß nicht
Körpergröße in cm <small>(ohne Schuhe)</small>	_____	Untersuchung mit "großem Katheter" (Koronarographie)	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein <input type="radio"/> weiß nicht
Körpergewicht in kg <small>(ohne Schuhe und Jacke)</small>	_____	Anzahl der Herzinfarkte	<input type="radio"/> keiner <input type="radio"/> einer <input type="radio"/> zwei <input type="radio"/> mehr als zwei
Rauchverhalten	<input type="radio"/> Raucher <input type="radio"/> Ex-Raucher <input type="radio"/> Nie-Raucher	Datum des <u>letzten</u> Infarkts	_____
erlernter Beruf	_____ genaue Bezeichnung	Reha-Verfahren (AHB, Kur) nach dem <u>letzten</u> Infarkt?	_____ genaue Bezeichnung
zuletzt ausgeübte Erwerbstätigkeit	_____ genaue Bezeichnung	Wenn ja, in welcher Klinik?	_____ genaue Bezeichnung
zur Zeit arbeitsfähig	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein	Wenn ja, Beginn?	_____
Wenn ja, seit wann?	_____	Sportliche Betätigung in den letzten 10 Jahren vor dem <u>letzten</u> Infarkt?	<input type="radio"/> nie <input type="radio"/> unregelmäßig <input type="radio"/> 1-3/Woche <input type="radio"/> mehr als 3/Woche
zur Zeit im Ruhestand	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein	Welche Sportarten?	_____
Wenn ja, seit wann?	_____	Medikamente zur Zeit:	_____ genaue Bezeichnung und Dosierung
koronare Bypassoperation	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein	_____	_____ genaue Bezeichnung und Dosierung
Wenn ja, wann?	_____	_____	_____ genaue Bezeichnung und Dosierung

Vom behandelnden Arzt auszufüllen	Datum der Untersuchung: _____ <small>Tag Monat Jahr</small>	<input type="radio"/> Eintrittsuntersuchung <input type="radio"/> Folgeuntersuchung
--	--	--

Blutdruck in Ruhe mmHg	_____	Fahrradergometrie durchgeführt	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein
Cholesterin in mg/dl	_____	Belastungsposition	<input type="radio"/> sitzend <input type="radio"/> liegend
Triglyceride in mg/dl	_____	Anfangsstufe	_____ Watt
Harnsäure in mg/dl	_____	Belastungszeit pro Stufe	_____ min
Blutzucker in mg/dl	<input type="radio"/> nüchtern <input type="radio"/> postprandial	Leistungssteigerung/Stufe	_____ Watt
Herzvergrößerung falls röntgenologischer Befund vorhanden	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein <input type="radio"/> unbekannt	höchste erreichte Leistung	_____ Watt
Herzvolumen (falls bestimmt)	_____ ml	höchster Puls/min	_____
Infarktresiduen im EKG	<input type="radio"/> keine <input type="radio"/> nicht (mehr) eindeutig <input type="radio"/> kleine Narbe <input type="radio"/> sehr ausgedehnte Narbe	Abbruchgrund:	_____