



## Patientenblatt

Name: _____
Vorname: _____
Adresse: _____
Geburtsdatum: _____

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: \_\_\_\_\_

