



Patienten - Datenblatt

Name:	Vorname:
Adresse:	PLZ Ort:
E-Mail:	Geburtsdatum:
Telefon Privat:	Telefon (Mobile)

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			

Bemerkungen:

Ort/Datum: Stempel/Unterschrift: