



Patienten-Datenblatt

Name:	Vorname:					
Adresse:	PLZ Ort:					
E-Mail:	Geburtsdatum:					
Telefon Privat:	Telefon Mobile:					
<u>Diagnose</u>						
Herz:						
Andere:						
Risikofaktoren:						
Medikamente:						
<u>Belastungs-EKG</u>						
Datum	Watt	Ischämiezeichen	Rhythmusstörungen	Ruhe-HF	Max-HF	Max-BD
		<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein			
		<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein			
<u>Bemerkungen:</u>						
Ort/Datum:		Stempel/Unterschrift:				