



## Patienten-Datenblatt

Name:	Vorname:					
Adresse:	PLZ Ort:					
E-Mail:	Geburtsdatum:					
Telefon Privat:	Telefon Mobile:					
<b><u>Diagnose</u></b>						
Herz:						
Andere:						
Risikofaktoren:						
Medikamente:						
<b><u>Belastungs-EKG</u></b>						
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			
<b><u>Bemerkungen:</u></b>						
Ort/Datum:			Stempel/Unterschrift:			