Medizinischer Informationsbogen für Rehabilitationssport

LandesSportBund
Wir bringen Menschen in Bewegung

Ministerium für Städtebau und Wohnen, Kultur und Sport des Landes Nordrhein-Westfalen

NRW.

Herzsport Borken e.V.
Geschäftsstelle
Raesfelder Straße 75
46325 Borken
Telefon 0 28 61 / 6 44 22
Träger der Rehabilitationssportgruppe (Adresse)

Von der Patientin / vom Patienten auszufüllen

Name der Patientin/des Patienten	Vorname	Geb.-Datum	Sportgruppe
PLZ/Wohnort	Straße/Nr.		Telefon
wenn nicht selbst versichert, Name des/der Versicherten		Vorname	Geb.-Datum
Name der Krankenkasse			Mitgliedsnr. (wenn vorhanden)
Hausärztin/Hausarzt (Name/Anschrift)			

Von der Ärztin / vom Arzt auszufüllen

Untersuchung am..... Größe:.....cm Gewicht:.....kg

Diagnose: ○ Herzkreislauferkrankung ○ Krebserkrankung ○ Diabetes mellitus ○ Sonstiges

Verlauf: Eintritt der Erkrankung/Infarktdatum: _____ Operation am _____

sonstige Eingriffe (z. B. PTCA, Chemotherapie, Bestrahlung, medikamentöse Einstellung): _____

kurze Anmerkung zum Verlauf: _____

sonstige sportrelevante Befunde (z. B. Hypertonie, Arthrose etc.): _____

Art der Therapie (Medikamente, Dosierung): _____

Folgeerkrankung (z. B. Durchblutungsstörungen, Nephropathien, Polyneuropathien, Lymphödem): _____

Labortechnische Untersuchung (z. B. Cholesterin, Blutzucker, HBA_1): _____

Bemerkungen: _____

Belastungsuntersuchung auf dem Fahrrad-Ergometer (bei entsprechender Indikation, z. B. Herzerkrankung):

	Herzfrequenz	Blutdruck (RR)	
Ruhe			Die Patientin / der Patient kann im Training vergleichsweise belastet werden bis ..... Watt
2 Minuten 25 Watt			
2 Minuten 50 Watt			Herzfrequenz beim Training bis ..... Schläge / Minute
2 Minuten 75 Watt			
2 Minuten 100 Watt			Belastbarkeit in Watt pro kg / Körpergewicht: .....
2 Minuten 125 Watt			
2 Minuten 150 Watt			Besondere Hinweise zum Training:
2 Minuten 175 Watt			
1 Minute nach Belastung			
3 Minuten nach Belastung			
Grund des Belastungsabbruchs			

Datum Unterschrift Stempel

Für die Übungsleiterin / den Übungsleiter