Medizinischer Informationsbogen für Rehabilitationssport

Ministerium für Familie, Kinder, Jugend, Kultur und Sport des Landes Nordrhein-Westfalen

LANDESSPORTBUND NORDRHEIN-WESTFALEN

Herzsport Borken e.V.
An der Nathe 3c
46325 Borken
Telefon 0 28 61 / 95 91 69
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: ○ Herz-Kreislauferkrankungen ○ Krebserkrankungen ○ Diabetes mellitus ○ Sonstiges

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

① **Eingriffe:** z.B. ○ PTCA/Stent ○ Herzklappen-OP ○ Bypass-OP (○ Hals ○ Herz ○ Bauch ○ Beine) ○ Chemotherapie

○ Bestrahlung ○ Schrittmacher ○ AICD-Implantation ○ Sonstiges _____

② **Anmerkungen zum Verlauf:** _____

③ **sonstige sportrelevante Befunde** (z.B. Hypertonie, Arthrose etc.): _____

Art der Therapie (Medikamente, Dosierung): _____

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

④ **Labortechnische Untersuchung** (z.B. Cholesterin, Blutzucker (nüchtern, 1 Std. nach Frühstück), HBA_{1c}, Kreatenin): _____

⑤ **Belastungsuntersuchung auf dem Fahrrad-Ergometer** (bei entsprechender Indikation, z.B Herzerkrankung, Diabetes mellitus)

	Herzfrequenz	Blutdruck (RR)	Die Patientin/der Patient kann im Training vergleichsweise belastet werden bis ..... Watt
Ruhe			
2 Minuten 25 Watt			
2 Minuten 50 Watt			Daraus errechnete Belastbarkeit in Watt pro kg/Körpergewicht: .....
2 Minuten 75 Watt			
2 Minuten 100 Watt			Herzfrequenz beim Training bis max. ..... Schläge/Min.
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