



Herzsportgruppe Gelnhausen e.V.

Mitglied im Hessischen Behinderten- und Rehabilitations-Sportverband e.V.
Mitglied im Landessportbund Hessen e.V.



Arztfragebogen

Datum:

Name		Vorname		Geb	
Wohnort		Straße		Tel.	
Krankenkasse				Versicherten-Nr.	
Hausarzt					
Kardiologe					

Diagnosen

Herzkrankheiten mit durchgeföhrter Therapie (z.B. Lyse, PTCA, OP, Stent.... mit Datum)

Andere Krankheiten

Operationen					
wann					
Belastungs-EKG Datum		Max. Watt			
Ruhe-Blutdruck RR		Ruhe-Puls			
Belastungs-Blutdruck RR		Belastungs-Puls			
Körpergröße	cm	Körpergewicht	kg	Raucher:	Ja / Nein

Vermerke des Sportarztes

Medikamente

Bezeichnung	Morgens	Mittags	Nachmittags	Abends	Nachts