

Kontrolluntersuchung

Hausarzt



Hessischer Behinderten-
und Rehabilitations-Sport-
verband e.V.

Name: _____ Vorname: _____

Geb.- Datum: _____

Änderung der Diagnosen:

Besondere Ereignisse im letzten Jahr, die die Belastbarkeit betreffen:

Körperliche Untersuchung:

Herz- und Kreislauf unauffällig:	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
Absolute Arrhythmie (Vorhofflimmern):	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
Hypertonie gut eingestellt:	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
Zeichen der Herzinsuffizienz:	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
Diabetes mellitus gut eingestellt:	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>

Ergänzungen: _____

Medikamentenänderung:

Insbesondere: Marcumar ja nein , Insulin ja nein
Betablocker ja nein

Weitere Medikamente: _____

Letzte Ergometrie:

Wann: _____ Watt: _____ Beschwerden: _____

Ggf. Echokardiographie: EF %: _____

Risikoabschätzung im Hinblick auf Sport: Hoch Mittel Klein

Datum

Stempel und Unterschrift Arzt/Ärztin