

## Formular für den Arzt: „Ruhe-EKG und Ergometrie“

Zum Antrag vom	Versicherungsnummer		
<input type="text"/>	<input type="text"/>		
Antragsteller (Versicherungsnehmer)	Nachname (ggf. abweichender Geburtsname) bzw. Name der Firma	Vorname	Geburtsdatum
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Zu versichernde Person	Nachname (ggf. abweichender Geburtsname)	Vorname	Geburtsdatum
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

**Bitte führen Sie die Ergometrie nach den „Leitlinien zur Ergometrie“ der Deutschen Gesellschaft für Kardiologie aus. Dokumentieren Sie bitte immer Extremitätenableitungen (I, II, III, aVR, aVL, aVF) und Brustwandableitungen (V1-V6). Die Aufzeichnungen auf den Streifen sollten minütlich bei einer Schreibgeschwindigkeit von 50 mm/sek. erfolgen.**

Größe und Gewicht der zu versichernden Person	Kardiovaskuläre Risikofaktoren
<input type="text"/> cm <input type="text"/> kg	<input type="text"/>
Kardial wirksame Medikamente	Seit wann werden diese Medikamente eingenommen?
<input type="text"/>	<input type="text"/>
Sofern Medikamente abgesetzt wurden: Welche, wie lange wurden diese eingenommen und wann wurden diese abgesetzt?	
<input type="text"/>	

### 12-Kanal-EKG in Ruhe

Blutdruck in Ruhe (mmHg)	Puls / HF in Ruhe
<input type="text"/> syst. <input type="text"/> diast.	<input type="text"/> min.
Befund (z.B. Veränderungen der ST-Strecke, Rhythmusstörungen etc.)	
<input type="text"/>	

Auffälligkeiten

**Beurteilung**     normal     pathologisch (bitte EKG-Streifen beifügen)     nicht sicher pathologisch (bitte EKG-Streifen beifügen)

### Fahrrad-Ergometrie (wenn möglich bis zum Erreichen der Ausbelastungsfrequenz, z.B. max. Herzfrequenz = 220 abzgl. Lebensalter)

Zeit Minuten	Last Watt	Blutdruck (mmHg)		Puls / HF (min.)	Beobachtungen / klinische Beschwerden: (Rhythmus, Leitung, ST-Strecke, Intervalle, Wellen, Lagetyp, Herzgröße, Symptome etc.)
		syst.	diast.		
2	0	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
2	25	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
2	50	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
2	75	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
2	100	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
2	125	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
2	150	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
2	175	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
2	200	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
2	225	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
2	250	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
2	275	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
2	300	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

**Nachbelastungs- / Erholungsphase (mind. 4 Minuten)**

Zeit Minuten	Last Watt	Blutdruck (mmHg)		Puls / HF (min.)	Beobachtungen / klinische Beschwerden: (Rhythmus, Leitung, ST-Strecke, Intervalle, Wellen, Lagetyp, Herzgröße, Symptome etc.)
		syst.	diast.		
2					
2					
2					
2					

Sofern ein vollständiges, digitales Protokoll erstellt und ausgedruckt werden kann, können Sie dies dem Fragebogen beifügen.  
Die Werte müssen in diesem Fall oben nicht gesondert eingetragen werden.

- Abbruch wegen:**
- Erreichen der Ausbelastungsfrequenz (z.B. max. Herzfrequenz [220 - Alter])
  - EKG-Veränderungen:  
Bitte nähere Angaben
  - hypertonem Blutdruck  
Bitte nähere Angaben
  - KHK-typischen Beschwerden  
Bitte nähere Angaben
  - peripherer, muskulärer Erschöpfung  
Bitte nähere Angaben
  - Schwindel o.ä.  
Bitte nähere Angaben
  - Dyspnoe  
Bitte nähere Angaben
  - Sonstiges  
Bitte nähere Angaben

Leistungsfähigkeit  
 % der Norm

Auffälligkeiten

**Beurteilung**     normal     pathologisch (bitte EKG-Streifen beifügen)     nicht sicher pathologisch (bitte EKG-Streifen beifügen)

**Zusatzfragen**

1.) Mitarbeit des Patienten

2.) Maßnahmen aufgrund der durchgeführten Untersuchung

3.) Bemerkungen

Ort, Datum

X

Unterschrift und Stempel des Arztes

Vielen Dank für Ihre Angaben