



Landesverband für Prävention  
und Rehabilitation von Herz-  
Kreislauf-Erkrankungen e.V.  
Mecklenburg-Vorpommern

Paulstraße 48 - 55  
18055 Rostock  
Telefon: 0381 - 444 374 22  
Fax: 0381 - 444 374 29  
E-Mail: info@lvpr-mv.de  
Web: www.lvpr-mv.de

## Fragebogen zur Aufnahme in eine ambulante Herzgruppe

Für die Eingliederung in eine ambulante Herzgruppe in der Nähe Ihres Wohnortes bitten wir Sie um folgende Angaben:

Name: \_\_\_\_\_ Straße: \_\_\_\_\_  
Vorname: \_\_\_\_\_ PLZ: \_\_\_\_\_  
geboren am: \_\_\_\_\_ Ort: \_\_\_\_\_  
berufstätig: ja / nein

### Tele-Verbindungen:

Telefon: \_\_\_\_\_  
Telefax: \_\_\_\_\_  
Mobiltelefon: \_\_\_\_\_  
E-Mail: \_\_\_\_\_

### behandelnder Arzt/Ärztin:

Name: \_\_\_\_\_  
Straße: \_\_\_\_\_  
PLZ: \_\_\_\_\_  
Ort: \_\_\_\_\_  
Telefon: \_\_\_\_\_

Alle Ihre Angaben dienen nur der Vermittlung an Ihre nächste ambulante Herzgruppe.  
Hierzu werden wir Sie demnächst kontaktieren.  
Der Zeitpunkt der Eingliederung in die ambulante Herzgruppe wird von Ihrem behandelnden  
Arzt in Kenntnis der Empfehlungen der Reha-Klinik festgelegt.

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des Patienten

### **Empfehlung des Arztes der Behandlungsstätte**

ambulante Herzgruppe als  Übungsgruppe Patient kann im Training bis ..... Watt belastet werden.  
 Trainingsgruppe  
 Herzinsuffizienzgruppe, NYHA-Klasse: ..... , EF: .....

INR-Schulung empfohlen: ja / nein

Besondere Hinweise zum Training:

Stempel Rehabilitationseinrichtung

\_\_\_\_\_  
Arzt der Behandlungsstätte