

FORMBLATT- ZUWEISUNG

AUFBAUTRAINING BEI ATEMWEGS- UND LUNGENERKRANKUNGEN

Patient (Name, Vorname): _____ Geburtsdatum: _____

Adresse (Str.; Plz. Ort): _____ Tel.: _____

* wahlweise Patientenetikette einkleben

HAUPTDIAGNOSE

(bitte genaue fachärztliche Diagnose)

ZUSÄTZLICHE ERKRANKUNGEN**ÄRZTLICHE PARAMETER:****Herzfrequenzen**

HF _{max}		S/min
HF _{min} (möglichst Ruhe Puls)		S/min
HF _{Training}		S/min

Lungenfunktion

FEV1		%
FVC		%
SO ₂ (Ruhe)		%
pO ₂ (Ruhe)		mmHg
O ₂ -Bedarf b. Belastung		l/min

Leistung

Watt _{Maximalleistung}		W
Watt _{Training}		W
Watt _{Soll}		W

anthropom. Daten

Körpergewicht		kg
Körpergröße		m
BMI		

Farblich unterlegte Felder müssen vom Arzt ausgefüllt werden. Weiße Felder können ohne Eintrag bleiben. Diese werden nach den Kriterien der medizinischen Trainingslehre im WSP bestimmt. Sollten Änderungen im Training berücksichtigt werden, bitte die Änderung eintragen.

ÄRZTLICHE BESCHEINIGUNG

Der o. a. Patient/die o. a. Patientin wurde von mir untersucht und die Kontraindikationen wurden besprochen. Aufgrund der vorliegenden Untersuchungsbefunde bestehen für die Teilnahme an einem Aufbauprogramm bei Atemwegs- und Lungenerkrankungen keine gesundheitlichen Bedenken.

Datum

Unterschrift des Arztes und Stempel