

Trainingsfreigabe / Testdaten

Name und Adresse des
Facharztes für Innere Medizin
oder der sportmedizinischen
Untersuchungsstelle

Stempel

<p>Wichtig!!! Nur mit einer vollständig ausgefüllten Trainingsfreigabe (= Jede Zelle!) ist die Teilnahme am Training möglich und mit der empfohlenen Herzfrequenz exakt dosierbar!</p>	<p>Herr / Frau Vorname: _____ Nachname: _____</p> <p>Adresse _____</p> <p>PLZ / Ort _____ Geb. Datum: _____</p> <p>Telefonnummer: _____</p> <p>befindet sich in einem stabilen gesundheitlichen Zustand. Gegen die Teilnahme an einem Herz-Kreislauf-Training (Herz-Training) auf einem Fahrradergometer mit Pausengymnastik und Entspannungsübungen besteht kein Einwand.</p>
<p>Wir empfehlen im Regelfall einmal jährlich eine internistische Belastungsuntersuchung.</p>	<p>Erkrankung: _____</p> <p>Größe: _____ cm Gewicht _____ kg</p>
<p>Bitte nicht vergessen! Dieses Freigabeformular zur Untersuchung und zum ersten Training mitnehmen oder an das ASKÖ-Wien Büro senden!</p>	<p>Ergebnisse der Ergometrie am: _____</p> <ol style="list-style-type: none"> Subjektive Verfassung vor dem Test: ☺ sehr gut ☹ gut ⊕ schlecht Ausbelastung bei der Ergometrie: <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein Abbruch wegen: _____ Die Leistungsfähigkeit entspricht _____ % der Norm Ruhe-Herzfrequenz: _____ Schläge / min Maximale Herzfrequenz: _____ Schläge / min Maximale Wattanzahl: _____ Watt Trainings-Herz-Frequenz: _____ Schläge / min Trainings-Wattanzahl: _____ Watt Blutdruckregulation: <input type="radio"/> hyperten <input type="radio"/> normal Rhythmusstörungen: <input type="radio"/> pathol. <input type="radio"/> nein ST-Senkung: <input type="radio"/> pathol. <input type="radio"/> nein Revers erforderlich: <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein Medikamente (bitte in Blockbuchstaben): _____ Sonstige Bemerkungen: _____
<p>Bei Rückfragen: Tel: 0650/249 00 86</p>	<p>Unterschrift des Arztes:</p>