



## Trainingsfreigabe / Testdaten

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

Stempel

<p><b>Wichtig!!!</b> Nur mit einer <b>vollständig ausgefüllten Trainingsfreigabe (= Jede Zelle!)</b> ist die Teilnahme am Training möglich und mit der empfohlenen Herzfrequenz exakt dosierbar!</p>	<p><b>Herr / Frau</b> <b>Vorname:</b> _____ <b>Nachname:</b> _____</p> <p><b>Adresse</b> _____</p> <p><b>PLZ / Ort</b> _____ <b>Geb. Datum:</b> _____</p> <p><b>Telefonnummer:</b> _____</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 <b>einmal jährlich</b> eine internistische Belastungsuntersuchung.</p>	<p><b>Erkrankung:</b> _____</p> <p><b>Größe:</b> _____ cm <b>Gewicht</b> _____ kg</p>
<p>Bitte nicht vergessen! Dieses Freigabeformular <b>zur Untersuchung und zum ersten Training mitnehmen!</b></p>	<p><b>Ergebnisse der Ergometrie am:</b> _____</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Subjektive Verfassung vor dem Test: ☺ sehr gut ☹ gut ⊕ schlecht</li> <li>2. Ausbelastung bei der Ergometrie: <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein</li> <li>3. Abbruch wegen: _____</li> <li>4. Die Leistungsfähigkeit entspricht _____ % der Norm</li> <li>5. Ruhe-Herzfrequenz: _____ Schläge / min</li> <li>6. Maximale Herzfrequenz: _____ Schläge / min</li> <li>7. Maximale Wattanzahl: _____ Watt</li> <li>8. <b>Trainings-Herz-Frequenz:</b> _____ Schläge / min</li> <li>9. <b>Trainings-Wattanzahl:</b> _____ Watt</li> <li>10. Blutdruckregulation: <input type="radio"/> hyperten <input type="radio"/> normal</li> <li>11. Rhythmusstörungen: <input type="radio"/> pathol. <input type="radio"/> nein</li> <li>12. ST-Senkung: <input type="radio"/> pathol. <input type="radio"/> nein</li> <li>13. Revers erforderlich: <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein</li> <li>14. Medikamente (bitte in Blockbuchstaben): _____</li> <li>15. Sonstige Bemerkungen: _____</li> </ol>
<p>Bei Rückfragen: Tel.: 01 545 31 31 - 30</p>	<p>Unterschrift des Arztes:</p>