



# Herzgruppen-Stammdaten



Protokoll-Datum: \_\_\_\_\_

Anbieter: \_\_\_\_\_

Ort: \_\_\_\_\_ Tag / Zeit: \_\_\_\_\_

Betreuender Arzt: \_\_\_\_\_ IK des Anbieters: \_\_\_\_\_

## Notfallausrüstung:

Defibrillator vorhanden:     ja /  nein

bei Altgerät: letzte Prüfung nach med. GV (mind. 1x/Jahr) \_\_\_\_\_

Notfallkoffer vollständig vorhanden:     ja /  nein

## Notfallkoffer-Kontrolle:

(Unbedingt **regelmäßig kontrollieren**, siehe auch gesondertes Notfallkoffer-Protokoll)

Datum	Inhalt OK?	Anmerkungen (ggf. Rückseite nutzen)	Unterschrift (betreuender Arzt)

## Zusätzliche Gruppen- Angebote vorhanden?:

Entspannungstechniken:     ja /  nein      gemeinsame Ausflüge/Feiern:  ja /  nein  
Ernährungsberatung:       ja /  nein      Gruppengespräche:                       ja /  nein  
Medizinische Vorträge:     ja /  nein      Sonstiges: \_\_\_\_\_

Kopie eingereicht bei Herz InForm am: \_\_\_\_\_

Datum

Stempel/Unterschrift Anbieter