



Herzgruppen-Stundenprotokoll



O 1. Halbjahr 20__

O 2. Halbjahr 20__

Anbieter: _____

Ort: _____ Tag/Zeit: _____

Lfd. Nr.	Datum	Teilnehmeranzahl	Übungsleiter/-in	Ärztin/Arzt	Bemerkungen (Rückseite nutzen)
1.					
2.					
3.					
4.					
5.					
6.					
7.					
8.					
9.					
10.					
11.					
12.					
13.					
14.					
15.					
16.					
17.					
18.					
19.					
20.					
21.					
22.					

Kopie eingereicht bei Herz InForm am: _____

Datum

Unterschrift Anbieter