



ANMELDUNG ZUR AMBULANTEN LUNGEN-REHABILITATION

ANGABEN ZUR PERSON (oder Patientenkleber)

Name _____ Vorname _____
 Strasse/Nummer _____ Postleitzahl/Ort _____
 Telefon privat _____ Telefon Geschäft _____ Geburtsdatum _____

Aufbieten ab: _____

Diagnose _____

relevante Nebendiagnosen _____

Medikamente _____

Verordnung _ Langzeitbehandlung (entspricht 36 Therapieeinheiten)
 _ andere Verordnung: Dauer (in Wochen): _____
 Häufigkeit (Therapien/Woche): _____

Test _ **6-Minuten-Gehtest**
 _ **Spiroergometrie mit Begründung:**
 _ Verbesserung VO2max
 _ Verbesserung aerobe Kapazität
 _ Verbesserung anaerobe Kapazität
 _ Verbesserung bei allg. Dekonditionierung
 _ _____

O2-Gabe _ ja (Menge: _____ Liter) _ nein

Untere SpO2 Grenze: _____ %

weitere Hilfsmittel _ Flutter _ PEF _ Spirotiger
 (zus. Einzeltherapieverordnung nötig)

Feedback erwünscht nach: _____ Kontakt: Tel: _____
 Mail: _____

Datum _____ behandelnder Arzt
 (Stempel/Unterschrift) _____

Bitte IMMER beilegen:

- _ **Letzter aktueller ausführlicher Bericht**
- _ **Laborwerte**
- _ **Ruhe-EKG (wenn vorhanden)**