

ANMELDUNG ZUR PULMONALEN REHABILITATION

Name:

Vorname:

Adresse:

Telefon privat:

Telefon Geschäft:

Geburtsdatum:

Beruf:

Krankenkasse:

Hausärztin /
Hausarzt:

Pneumologin /
Pneumologe:

Pulmonale/Kardiale Diagnosen:

Zusätzliche Diagnosen:

Einschränkungen Bewegungsapparat (z.B. Knie-TP, Gangunsicherheit, Hilfsmittel):

Therapieziel:

Kardiovaskuläre Risikofaktoren:

- arterielle Hypertonie
- Bewegungsmangel
- Adipositas

- Nikotin
- Hyperlipidämie
- Stress

- Diabetes mellitus
- familiäre Belastung

Therapie:

- Rehabilitationsprogramm für 2 x wöchentlich für ca. 4 Monate (3 Serien à 9 x)
- Bald möglicher Beginn mit 9 x Einzel-Physiotherapie. Eventuell anschliessend Rehabilitationsprogramm (Sekretmobilisation/St.n. OP/Atemphysiotherapie/St.n. Lungenteilresektion)

Voraussichtlicher
Spitalaustritt:

Bemerkungen:

Bitte den aktuellen Lungenfunktionsbericht beilegen. Danke!

Datum:

Unterschrift zuweisende Ärztin / zuweisender Arzt