



Anmeldung ambulante pulmonale Rehabilitation - Pneumo-Reha

Patient/-in

Name: _____ Vorname: _____
Geburtsdatum: _____ Tel: _____
Strasse: _____ Ort: _____

Zuweiser/-in:

Name: _____ Vorname: _____
Strasse: _____ Ort: _____
Tel: _____

Indikation:

COPD Risikoklasse B-D
Interstitielle Lungenerkrankung
Schweres Asthma bronchiale
Zystische Fibrose / Bronchiektaseleiden
Andere:

Vorhandene Untersuchungen (bitte beilegen):

| | | |
|----------------------------|------|----|
| CT Thorax | Nein | Ja |
| Pneumologische Berichte | Nein | Ja |
| Andere(bitte präzisieren): | | |

Anamnese/Fragestellung:

Bemerkung:

Medikamente:

[Falls Option Drucken oder Speichern gewählt wird bitte Feld mit Datum & Unterschrift einfügen]

Datum, Ort: _____

Unterschrift: _____