

# Ambulante pulm. Rehabilitation

## Anmeldeformular

### Personalien

Geschlecht:  männlich  weiblich

Name:

Vorname:

Geburtsdatum:

Adresse:

PLZ/Ort:

Tel. P:

Tel. Mob:

Tel. G:

E-Mail:

### Beruf

berufstätig:  ja  nein

### Rauchen

Ex-Raucher/in  Raucher/in  Nichtraucher/in

### Hausarzt

Name:

Adresse:

PLZ/Ort:

Telefon:

Fax:

### Kursort

Bürgerspital Solothurn  Kantonsspital Olten

### Pneumologische Eintrittsuntersuchung bei:

- Dr. med. Heinz Borer, soH, Solothurn
- Dr. med. Annina Rytz, soH, Solothurn
- Dr. med. Daniele Marino, soH, Solothurn
- Dr. med. Manfred Kaufmann, Solothurn
- Dr. med. Thomas Schmid, Solothurn
- Dr. med. Marc Maurer, soH, Olten
- Dr. med. Kristina Affolter, soH, Olten
- Dr. med. Luzia Bissig, soH, Olten
- Dr. med. Max Pfenninger, Olten

### Diagnose

- COPD (J40-44; J47)
- Zystische Fibrose (E84)
- Asthma bronchiale (J45)
- Interstitielle Lungenkrankheit (J60-70; J80-84)
- Thoraxwand- und Thorakmuskelerkrankung (G47; G71/72; M40/41)
- Andere Lungenkrankheit (J96; J98/99)
- Prä- & postoperative Lungenoperation (J95)
- Funktionelle Atemstörung (F45.33; R05-09)

### Nebendiagnose

	ja*	zurzeit kein Problem
Koronare Herzkrankheiten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Periphere arterielle Verschlusskrankheit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rheumatische Erkrankung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Neurologische Erkrankung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
andere Krankheiten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

\* Details bitte hier aufführen:

### Bemerkungen

### Medikamente

Medikament/Inhalationslösung	Dosierung	Bemerkung

Stempel / Unterschrift:

.....

**Anmeldung bitte direkt an die Lungenliga Solothurn mailen/faxen:**

Petra Vonmoos  
Tel. direkt 062 206 77 61

Fax 062 206 77 58  
petra.vonmoos@lungenliga-so.ch

Lungenliga Solothurn  
Neuhardstrasse 38  
4600 Olten