

Ambulante pulm. Rehabilitation

Anmeldeformular

Personalien

Geschlecht: männlich weiblich

Name:

Vorname:

Geburtsdatum:

Adresse:

PLZ/Ort:

Tel. P:

Tel. Mob:

Tel. G:

E-Mail:

Krankenkasse

Vers./Pol.-Nr.

Beruf

berufstätig: ja nein

Rauchen

Ex-Raucher/in Raucher/in Nichtraucher/in

IV

ja nein laufendes Verfahren

AHV-Nr.:

Hausarzt

Name:

Adresse:

PLZ/Ort:

Telefon:

Pneumologische Eintrittsuntersuchung bei:

Dr. med. Fabian Knörr, soH, Solothurn
 Dr. med. Manfred Kaufmann, Solothurn
 Dr. med. Simon Descombes, Solothurn
 Dr. med. Patricia Demont, Solothurn
 Dr. med. Kristina Affolter, soH, Olten
 Dr. med. Marc Maurer, soH, Olten
 Dr. med. Emanuel Cardoso, soH, Olten

Kursort

Bürgerspital Solothurn Kantonsspital Olten

Diagnose

- COPD (J40-44; J47)
- Zystische Fibrose (E84)
- Asthma bronchiale (J45)
- Interstitielle Lungenerkrankung (J60-70; J80-84)
- Thoraxwand- und Thoraxmuskelerkrankung (G47; G71/72; M40/41)
- Andere Lungenerkrankung (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:

info@lungenliga-so.ch
 Tel. 032 628 68 28

Lungenliga Solothurn
 Dornacherstrasse 33
 Postfach 519
 4502 Solothurn