# Zuweisung Pneumologie

Abkärung dingend  Abklärung nicht dringend

**Betrifft**

Name / Vorname:

Geb. Datum:

Adresse, PLZ/Ort:

Telefon:

**Zuweisungsgrund** (evtl. Bericht anhängen)

Tumorverdacht  Chronischer Husten  Dyspnoe

Schlafapnoe  Asthma  Amb. Pulmonale Reha

Pulmonale Hypertonie  COPD  Infekt

O2-Therapie  interstitielle Pneumopathie

Arbeitsfähigkeit  präop. Standortbestimmung

**Anamnese**

**Hauptdiagnose / relevante Nebendiagnosen**

**Medikation**

**Bemerkungen / Besonderes**

**Datum: einweisende/r Arzt/Ärztin**