

# 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:

Fax:

### Pneumologische Eintrittsuntersuchung bei:

Dr. med. Heinz Borer, soH, Solothurn  
 Dr. med. Manfred Kaufmann, Solothurn  
 Dr. med. Thomas Schmid, Solothurn  
 Dr. med. Kristina Affolter, soH, Olten  
 Dr. med. Marc Maurer, soH, Olten  
 Dr. med. Max Pfenninger, 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 Thorakmuskelerkrankung (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/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