

Ärztliche Verordnung für die Ambulante Pulmonale Rehabilitation

Personalien (falls vorhanden Patienten-Etikette)

Name: _____

Vorname: _____

Adresse: _____

PLZ/Wohnort: _____

Geburtsdatum: _____

Telefonnummer P: _____

G oder Handy: _____

K'kasse/Sektion: _____

Versicherungs.-Nr.: _____

Diagnose:

 Chronisch obstruktive Bronchitis Lungenemphysem Asthma bronchiale andere: _____

Nebendiagnosen:

 Koronare Herzkrankheiten Periphere arterielle Verschlusskrankheit Rheumatische Erkrankungen Neurologische Erkrankungen andere: _____

Medikamente:

Medikamente/Inhalationsmittel: _____

Dosierung: _____

Dosierung: _____

Dosierung: _____

Beruf:

berufstätig: ja nein teilzeit IV-BezügerIn

Rauchen:

 RaucherIn NichtraucherIn Ex-RaucherIn packyears: _____

Bemerkungen:

Kostengutsprache Ambulante Pulmonale Reha beinhaltet: Dauer 12 Wochen (Tarifpositionen: 72x 7330 und 2x 7301 und 1x 7350 / Sauerstoff je nach Bedarf gemäss separater Abrechnung)

Hausarzt:

Einweisender Arzt:

Datum und Unterschrift Arzt/Ärztin:

- Einsenden an: Physiotherapie, Kantonsspital Frauenfeld, 8501 Frauenfeld, Mail: physiotherapie.ksf@stgag.ch
- Falls der Patient/die Patientin einen Fahrdienst benötigt: bitte direkte Kontaktaufnahme mit der Lungenliga Thurgau, Weinfelden, Telefon 071 626 98 98