



Ärztliche Verordnung für die Ambulante Pulmonale Rehabilitation

Personalien (falls vorhanden Patienten-Etikette)

Name: _____ Vorname: _____

Adresse: _____ PLZ/Ortschaft: _____

Geburtsdatum: _____

Telefonnummer P: _____ G oder Natel: _____

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:

Hausarzt:

Einweisender Arzt:

Datum und Unterschrift Arzt/Ärztin:

- Einsenden an: Physiotherapie, Kantonsspital Frauenfeld, 8501 Frauenfeld, Telefon 052 723 71 54
- Falls der Patient/die Patientin einen Fahrdienst benötigt: bitte direkte Kontaktaufnahme mit der Lungenliga Thurgau, Weinfelden, Telefon 071 626 98 98