

Anmeldung zur Lungenfunktion

Patienten-Name:

Vorname:

Strasse/Nummer:

PLZ/Ort:

Geburtsdatum:

Telefon-Nummer P:

Handy-Nummer:

Versicherung:

Versicherungsnummer/Kartenummer:

Zuweisende Ärztin/zuweisender Arzt:

Diagnose:

Fragestellung:

Gewünschte Untersuchung:

- mit Konsultation
- ohne Konsultation

Routine-Lungenfunktion:

- Bodyplethysmographie
- Spirometrie (F/V-Kurve)
- Diffusionskapazität

Asthma-Suchtest:

- Bronchoprovokation (Methacholin)
- NO-Konzentration in Ausatemluft (FeNO)

Arterielle Blutgasanalyse:

- Zimmerluft
- O₂-Titration
- 100% O₂ (Shunt)

Abklärung Schlaf/Apnoe-Syndrom:

- Pulsoximetrie (Screening)
- Respiratorische Polygraphie

Belastungstest:

- Spiroergometrie
- 6-Minuten-Gehtest

Konsultation:

- ja nein

Spezielles:

- Raucher Pack-years _____
- Ex-Raucher aktuell Zig./Tag _____
- Nichtraucher

Grösse: _____

Gewicht: _____

Aktuelle Inhalationstherapie:

Datum:

Unterschrift Ärztin/Arzt: