Ärztlicher Untersuchungsbefund

zur Teilnahme an einer Lungensportgruppe

Patient

Name: _____

Vorname: _____

Geburtsdatum:_____

Anschrift: _____

_____

Diagnosen: _____

_____

_____

Derzeitige Medikamente:

_____

_____

Lungenfunktionsparameter: Gemessen am: _____

FEV_1	_____
FEV_1 % / VC	_____
VC	_____
Arterieller pO_2	_____
Arterieller pCO_2	_____
Arterielle $_SO_2$-Sättigung	_____

Belastungs-EKG:

Max. Belastbarkeit in Watt über 3 Min.: _____

Körpergewicht: kg. **Körpergröße:** cm.

Blutdruck: / mmHg. **Puls:** / Minute.

Ausschlusskriterien für die Teilnahme am ambulanten Lungensport (siehe Merkblatt *Informationen für den Hausarzt*) liegen nicht vor.

Datum:

Arztstempel Unterschrift der Ärztin / des Arztes