

## Ärztlicher Untersuchungsbefund

zur Teilnahme an einer Lungensportgruppe

Patient

Name:

\_\_\_\_\_

Vorname:

\_\_\_\_\_

Geburtsdatum:

\_\_\_\_\_

Anschrift:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Diagnosen:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Derzeitige Medikamente:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Lungenfunktionsparameter:

Gemessen am:

FEV<sub>1</sub> \_\_\_\_\_

FEV<sub>1</sub> % / VC \_\_\_\_\_

VC \_\_\_\_\_

Arterieller pO<sub>2</sub> \_\_\_\_\_

Arterieller pCO<sub>2</sub> \_\_\_\_\_

Arterielle sO<sub>2</sub>-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