# Zuweisung Pneumologie

[ ]  Abkärung dingend [ ]  Abklärung nicht dringend

**Betrifft**

Name / Vorname:

Geb. Datum:

Adresse, PLZ/Ort:

Telefon:

**Zuweisungsgrund** (evtl. Bericht anhängen)

[ ]  Tumorverdacht [ ]  Chronischer Husten [ ]  Dyspnoe

[ ]  Schlafapnoe [ ]  Asthma [ ]  Amb. Pulmonale Reha

[ ]  Pulmonale Hypertonie [ ]  COPD [ ]  Infekt

[ ]  O2-Therapie [ ]  interstitielle Pneumopathie [ ]

[ ]  Arbeitsfähigkeit [ ]  präop. Standortbestimmung

**Anamnese**

**Hauptdiagnose / relevante Nebendiagnosen**

**Medikation**

**Bemerkungen / Besonderes**

**Datum: einweisende/r Arzt/Ärztin**