

Ärztlicher Fragebogen zur Bewerbung Ihres CF Patienten für eine Einzel-Klimamaßnahme auf Amrum oder Gran Canaria.

Bitte füllen Sie dieses Formular am PC aus und drucken es anschließend aus. Den unterscribenen Ausdruck senden Sie am besten per Fax an die Geschäftsstelle des Mukoviszidose e.V. in Bonn. Herzlichen Dank für Ihre Unterstützung! **Fax 0228-98 780 77.**

Vorname

Nachname

Geburtsdatum

Geschlecht w m

1. Gesundheitliche Situation

Besteht eine Keimsituation die eine Teilnahme an unserem Gruppenklimamaßnahmen-Angebot ausschließt (z.B. MRSA, B. cepathia, Mycobakterium abcessus)?

Ja Nein

Welche Keime?

Bestehen weitere gesundheitliche Einschränkungen, die eine Einzel-Klimamaßnahme erforderlich machen?

Wenn ja welche?

2. Lungenfunktion / Ernährungszustand

Datum und Werte der letzten Lungenfunktionsmessung (in % soll)

IVC

FEV1

Datum

Datum und Werte zum Ernährungszustand(in %)

LSG
alternativ: BMI
alternativ:Größe und Gewicht
Datum

3. Weitere medizinische Angaben

Gibt es weitere medizinische Probleme, die für die geplante Reise nach Gran Canaria bzw. Amrum von Relevanz sind?

Weitere Angaben

Besteht Sauerstoffpflicht? Ja Nein

4. Flugfähigkeit

Die Flugzeit zum Reiseziel Gran Canaria beträgt 4,5 bis 5 Stunden. Haben Sie diesbezüglich medizinische Bedenken?

Bedenken Flugfähigkeit Ja Nein

Welche Bedenken?

Benötigt Ihr Patient für den Flug Sauerstoff?

Bereitstellung O2 Ja Nein

5. Soziale Kriterien

Die Teilnehmer werden auch nach sozialen Kriterien ausgewählt. Sind Ihnen besondere psychosoziale Belastungen bekannt (z.B. schwierige finanzielle Situation, familiäre Belastungen)?

Wenn ja welche?

6. Wann hat der Patient Ihres Wissens zuletzt eine Reha- Maßnahme in Anspruch genommen?

Letzte Reha

7. Ärztliche Befürwortung der Einzel-Klimamaßnahme

Ist die Teilnahme abschließend aus Ihrer Sicht zu befürworten?

Bitte bestätigen Sie, dass Ihr Patient aus medizinischen und/oder psychosozialen Gründen eine Einzelklimamaßnahme zur Erholung benötigt. Eine Begleitperson halten Sie für notwendig, um den Unterstützungsbedarf des CF Patienten während der Reise zu gewährleisten.

Ja

Nein

Besondere Bemerkungen

Unterschrift und Stempel
des behandelnden Arztes/der behandelnden Ärztin