

Ärztlicher Fragebogen zur Bewerbung Ihres CF-Patienten für eine Gruppen-Klimamaßnahme auf Gran Canaria

Bitte füllen Sie dieses Formular am PC aus und drucken es anschließend aus. Den unterschriebenen 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. Keimsituation

Besteht eine (chronische) Infektion mit *Pseudomonas aeruginosa*?

Pseudomonas Ja Nein

Besteht eine Infektion mit Keimen (z.B. *Burkholderia Cepacia*, MRSA, *Mycobakterium abcessus*), die eine Teilnahme an unserem Gruppenklimamaßnahmen Angebot ausschließt?

Ja Nein

Welche Keime?

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 von Relevanz sind?

Besteht Sauerstoffpflicht?

Ja Nein

Wenn Ja:

tagsüber nachts

Wieviele Stunden täglich?

Wieviel Liter/min?

Sind besondere (invasive) Behandlungsmaßnahmen erfolgt (PEG, Portkatheder, etc.)?

Behandlungsmaßnahmen

4. Flugfähigkeit

Die Flugzeit nach 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, mehrere chronisch kranke Kinder, o. ä.)?

Soziale Kriterien

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

Letzte Reha-Maßnahme

7. Die Klimamaßnahme findet in einem Gruppenrahmen statt. Ist Ihr Patient fähig, sich in das Gruppengeschehen einzufügen?

Integrationsfähigkeit

8. Ärztliche Befürwortung der Klimamaßnahme

Ist die Teilnahme abschließend aus Ihrer Sicht zu befürworten? Bitte bestätigen Sie, dass Ihr Patient aus medizinischen und / oder psychosozialen Gründen eine Klimamaßnahme 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
der behandelnden Ärztin / des behandelnden Arztes