



Information

Das Klinikum Bogenhausen bietet ab **18.01.2010** jeweils **Montags 18:00 - 19:00 Uhr**

eine **ambulante medizinische Trainingstherapie für chronisch Lungenkranke**

(auch **sauerstoffpflichtige**) Menschen an.

Leitung: Physiotherapeutinnen der Klinik für physikalische Medizin und medizinische Frührehabilitation.

Begleitet durch Ärzte der Klinik für Pneumologie und Pneumologische Onkologie.

wo:

Klinikum Bogenhausen
Engschalkingerstr. 77
81925 München

Ort: Gymnastikraum am **Aufzug West**, Erdgeschoss

mitzubringen:

- ▶ ärztlicher Untersuchungsbefund zur Teilnahme an einer ambulanten Trainingstherapie
- ▶ eventuell Notfallspray, nach Möglichkeit Pulsoxymeter
- ▶ wenn erforderlich Sauerstoff
- ▶ sportliche Kleidung, Turnschuhe

Für Rückfragen u. Anmeldungen zur Trainingstherapie steht Ihnen das Sekretariat der Abteilung Pneumologie, Frau Weschta, Tel. 089 – 9270 – 2281 gerne zur Verfügung.

Informationen für den Arzt: Ausschlusskriterien für die ambulante Trainingstherapie

1. **Symptomatische** KHK
2. **Dekompensierte** Herzinsuffizienz
3. **Hämodynamisch** wirksame Rhythmusstörungen
4. **Unzureichend** eingestellte arterielle Hypertonie
5. Respiratorische Globalinsuffizienz mit **resp. Azidose**
6. Bedeutsame respiratorische Partialinsuffizienz (pO₂ unter 55 mmHg bzw. arterielle Sauerstoffsättigung unter 80 %) in Ruhe **trotz Sauerstoffgabe.**
7. **Dekompensiertes** Cor pulmonale
8. **Rechtsherzbelastung** bei pulmonaler Hypertonie
9. **Hochgradige** Osteoporose
10. **Instabiles** Asthma bronchiale
11. Medikamentös **nicht einstellbares** Anstrengungs-Asthma
12. **Starkes** Übergewicht (BMI>35)

Ärztlicher Untersuchungsbefund

zur Teilnahme an einer ambulanten Trainingstherapie

Patient

Name: _____

Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

Anschrift: _____

Diagnosen: _____

Derzeitige Medikamente:

Lungenfunktionsparameter: Gemessen am: _____

FEV₁ _____ %Soll

FEV₁ % / VC _____

VC _____ %Soll

Arterieller pO₂ _____ mmHg

Arterieller pCO₂ _____ mmHg

Alternativ: Arterielle sO₂-Sättigung _____

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

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

Ausschlusskriterien für die Teilnahme am ambulanten Lungensport (siehe Merkblatt) liegen nicht vor.

Datum:

Arztstempel Unterschrift der Ärztin / des Arztes