

Atemphysiologisches Labor

Zuweisung zur
Funktionsdiagnostik
Tel.: 01 910 60 - 42661
FAX: 01 910 60 - 49898

Stand
08/2022

ZUNAME:

VORNAME:

STATION:

(Klebeetikette mit Barcode)

GESCHLECHT: W M

GEBURTSDATUM: __/__/__ GRÖSSE: _____ cm GEWICHT _____ kg

INDIKATION(EN) / relevante DIAGNOSEN / CAVE !

BLUTGASANALYSE (BGA) in RUHE:

Abnahmezeit: _____

Abnahmeart: kapillär arteriell

Atmung von: Raumluft _____ Liter O₂ / min

Applikationsart: O₂ -Brille O₂-Maske NIV

LUNGENFUNKTION

SPIROMETRIE SITZEND **oder** LIEGEND

SPIRO-BODYPLETHYSMOGRAFIE

CO-DIFFUSION bei Hb-Wert: _____, _____

IMPULSOSZILLOMETRIE (Atemwegswiderstandsbestimmung bei geringer Mitarbeitsfähigkeit)

INHALATIVE PROVOKATION mit METACHOLIN

BELASTUNGSUNTERSUCHUNGEN

BELASTUNGS – BGA am Fahrradergometer **oder** im Gehen

TITRATIONS – BGA O₂-KONZENTRATOR (Modell: _____) **oder** FLÜSSIG-O₂

ERGOMETRIE

SPIROERGOMETRIE SPIROERGOMETRIE MIT O₂

SPEZIAL UNTERSUCHUNGEN

15% O₂ – ATMUNG (Indikation: Flugtauglichkeit)

100% O₂ – ATMUNG (Indikation: Shunt/Shuntvolumen)

Nicht – Invasive Atemmuskelfraftmessung

Skin Prick Test (=Hautallergietest)

DATUM: _____ UNTERSCHRIFT (Name bitte leserlich): _____