

Ärztliche Verordnung zur Atemtherapie

Name

Vorname

Strasse

PLZ/Ort

Geburtsdatum Tel.

Patientin/Patient bitte direkt aufbieten:

Krankheit Unfall Krankheit

Diagnose / Spezielles

.....
.....
.....

Beschwerden

Atemwegserkrankung	<input type="checkbox"/>
Atemnot psychosomat.	<input type="checkbox"/>
Depression	<input type="checkbox"/>
Herz-/Kreislaufbeschwerden	<input type="checkbox"/>
Kopfweg/Schwindel	<input type="checkbox"/>
Muskelferspannungen	<input type="checkbox"/>
Obstipation	<input type="checkbox"/>
Reizdarm/Reizblase	<input type="checkbox"/>
Reflux	<input type="checkbox"/>
Schlafstörungen	<input type="checkbox"/>
Tinnitus	<input type="checkbox"/>
Überlastung/Stress	<input type="checkbox"/>

Ziel der Behandlung

Bauch-/Zwerchfellatmung	<input type="checkbox"/>
Harmonisierung Atemrhythmus	<input type="checkbox"/>
Entspannung, Wohlbefinden	<input type="checkbox"/>
Leistungssteigerung	<input type="checkbox"/>
Steigerung Selbstwahrnehmung	<input type="checkbox"/>
Schmerzlinderung, Schmerzakzeptanz	<input type="checkbox"/>
Beschwerdefreiheit	<input type="checkbox"/>

Behandlungsbericht

schriftlich telefonisch

Datum

Unterschrift