

Ärztliche Verordnung für Beckenboden- und Biofeedbacktherapie bei Darmbeschwerden

Name

Vorname

Strasse

PLZ/Ort

Geburtsdatum Tel.

Patientin/Patient bitte direkt aufbieten:

Krankheit Unfall Krankheit

Diagnose / Spezielles

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

Beschwerden Ziel der Behandlung

Beckenbodenschmerzen	<input type="checkbox"/>	Schmerzlinderung / Schmerzfrei	<input type="checkbox"/>
Obstipation (Anismus)	<input type="checkbox"/>	Entspannung der Beckenbodenmuskulatur	<input type="checkbox"/>
Proctalgia fugax	<input type="checkbox"/>	Stuhlkontrolle	<input type="checkbox"/>
Reflux	<input type="checkbox"/>	Kräftigung des Beckenbodens	<input type="checkbox"/>
Reizdarm	<input type="checkbox"/>	regelmässige Darmentleerung	<input type="checkbox"/>
Rektozele	<input type="checkbox"/>	vollständige Darmentleerung	<input type="checkbox"/>
Rektumprolaps	<input type="checkbox"/>		
Stuhlinkontinenz	<input type="checkbox"/>		

Behandlungsbericht

schriftlich telefonisch

Datum

Unterschrift