

# Ärztliche Verordnung für Beckenboden- und Biofeedbacktherapie bei Blasenbeschwerden

Name .....

Vorname .....

Strasse .....

PLZ/Ort .....

Geburtsdatum ..... Tel. ....

Patientin/Patient bitte direkt aufbieten:

Krankheit  Unfall  Krankheit

## Diagnose / Spezielles

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

## Beschwerden      Ziel der Behandlung

Beckenbodenschmerzen   
Dranginkontinenz   
Mischinkontinenz   
Stressinkontinenz

Schmerzlinderung   
Entspannung des Beckenbodens   
Kräftigung des Beckenbodens   
Urinkontrolle

## Behandlungsbericht

schriftlich  telefonisch

Datum

Unterschrift