

Ärztliche Verordnung zur Atemtherapie

Name

Vorname

Strasse

PLZ/Ort

Geburtsdatum Tel.

PRAXIS
JUTTA WUNDERLIN

Patientin/Patient bitte direkt aufbieten:

Krankheit Unfall Krankheit

Diagnose / Spezielles

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

Beschwerden

Atemwegserkrankung
Atemnot psychosomat.
Depression
Herz-/Kreislaufbeschwerden
Kopfweg/Schwindel
Muskelverspannungen
Obstipation
Reizdarm/Reizblase
Reflux
Schlafstörungen
Überlastung/Stress

Ziel der Behandlung

Bauch-/Zwerchfellatmung
Harmonisierung Atemrhythmus
Entspannung
Leistungssteigerung
Steigerung Selbstwahrnehmung

Behandlungsbericht

schriftlich telefonisch

Datum

Unterschrift