

Verordnung zur Atemtherapie

Personalien:

Name _____
Vorname _____
Geb.-Datum _____
Strasse _____
PLZ/Ort _____
Tel. P _____
Tel. G _____
Versicherer _____

AtemtherapeutIn:



EMR / ASCA / EGK-Nr.:

Behandlungsgrund:

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Atembeschwerden | <input type="checkbox"/> Schlafstörungen |
| <input type="checkbox"/> COPD | <input type="checkbox"/> Organische und Nervliche Dystonie |
| <input type="checkbox"/> Hyperventilation | <input type="checkbox"/> Ängste/Panikattacken |
| <input type="checkbox"/> Asthma | <input type="checkbox"/> Depressive Verstimmungen |
| <input type="checkbox"/> Haltungs- und Rückenprobleme | <input type="checkbox"/> Spannungs-, bzw. Erschöpfungszustand (Burnout) |
| <input type="checkbox"/> Herz-Kreislauf-Beschwerden | <input type="checkbox"/> Stress/Nervosität |
| <input type="checkbox"/> Kopfschmerzen | <input type="checkbox"/> Rehabilitation nach Krankheit/Operation/Unfall |
| <input type="checkbox"/> Verdauungsstörungen | <input type="checkbox"/> Psychosomatische Beschwerden |
| <input type="checkbox"/> Chronische Schmerzen | <input type="checkbox"/> Schwangerschafts/Geburtsvorbereitung |
| <input type="checkbox"/> Andere Indikation _____ | |

Anzahl Behandlungen/Sitzungen: _____ Einzel Gruppe

Unterschrift und Stempel des Arztes:

Ort und Datum:
