

Ärztliche Verordnung für Beckenbodentraining mit Biofeedbacktherapie bei Darmbeschwerden

Name

Vorname

Strasse

PLZ/Ort

Geburtsdatum Tel.

Patientin/Patient bitte direkt aufbieten: ☐

Krankheit ☐ Unfall ☐ Krankheit ☐

Diagnose / Spezielles

.....

.....

.....

Beschwerden

Beckenbodenschmerzen ☐

Obstipation (Anismus) ☐

Proctalgia fugax ☐

Reizdarm ☐

Rektozele ☐

Rektumprolaps ☐

Stuhlinkontinenz ☐

Ziel der Behandlung

Schmerzlinderung ☐

Entspannung des Beckenbodens ☐

Stuhlkontrolle / Kontinenz ☐

Kräftigung des Beckenbodens ☐

regelmässige Darmentleerung ☐

vollständige Darmentleerung ☐

Behandlungsbericht

schriftlich ☐

telefonisch ☐

Datum

Unterschrift