

Ärztliche Verordnung zur Atemtherapie

Name

Vorname

Strasse

PLZ/Ort

Geburtsdatum Tel.

Patientin/Patient bitte direkt aufbieten: ☐

Krankheit ☐ Unfall ☐ Krankheit ☐

Diagnose / Spezielles

.....

.....

.....

Beschwerden

- | | |
|----------------------------|--------------------------|
| Atemwegserkrankung | ☐ |
| Atemnot psychosomat. | ☐ |
| Aerophagie | ☐ |
| Herz-/Kreislaufbeschwerden | ☐ |
| Kopfweh/Schwindel | ☐ |
| Muskelverspannungen | ☐ |
| Obstipation | ☐ |
| Reizdarm/Reizblase | ☐ |
| Reflux | ☐ |
| Schlafstörungen | ☐ |
| Depression/Angststörung | ☐ |
| Überlastung/Stress | ☐ |

Ziel der Behandlung

- | | |
|------------------------------------|--------------------------|
| Bauch-/Zwerchfellatmung | ☐ |
| Harmonisierung Atemrhythmus | ☐ |
| Entspannung, Wohlbefinden | ☐ |
| Leistungssteigerung | ☐ |
| Steigerung Selbstwahrnehmung | ☐ |
| Schmerzlinderung, Schmerzakzeptanz | ☐ |
| Beschwerdefreiheit | ☐ |

Behandlungsbericht

schriftlich ☐

telefonisch ☐

Datum

Unterschrift