

Ärztliche Verordnung für Atemtherapie

Name

Vorname

Strasse

PLZ/Ort

Geburtsdatum Tel.

Patientin/Patient bitte direkt aufbieten:

Krankheit Unfall Krankheit

Diagnose / Spezielles

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

Beschwerden

- Atemwegserkrankung
- Atemnot psychosomatisch
- Aerophagie
- Herz-/Kreislaufbeschwerden
- Kopfweh/Schwindel
- Muskeltverspannungen
- Obstipation
- Reizdarm/Reizblase
- Reflux
- Schlafstörungen
- Depression/Angststörung
- Überlastung/Stress

Ziel der Behandlung

- Bauch-/Zwerchfellatmung
- Harmonisierung Atemrhythmus
- Entspannung, Wohlbefinden
- Leistungssteigerung
- Steigerung Selbstwahrnehmung
- Schmerzlinderung, -akzeptanz
- Beschwerdefreiheit

Behandlungsbericht

schriftlich telefonisch

Datum

Unterschrift