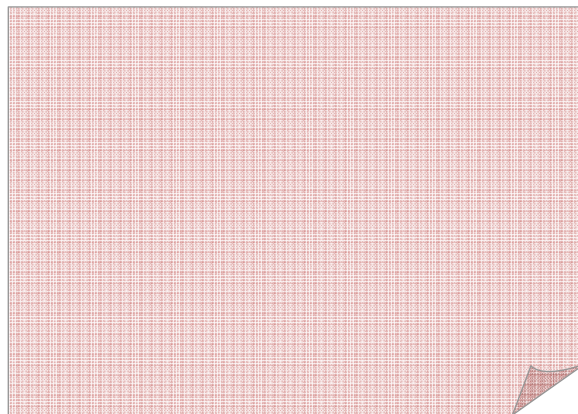


## Verordnung zur Atemtherapie

### Personalien Klient:in:

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

### Atemtherapeut:in:



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:

\_\_\_\_\_