

VERORDNUNG FÜR ATEM THERAPIE

Name

Strasse

Vorname

PLZ/Ort

Geburtsdatum

Telefon privat

Beruf

Telefon geschäftlich

Kostenträger

Telefon mobil

Diagnose:

Subjektive Beschwerden:

Medikation:

Behandlungsziel:

Bemerkungen:

- Atem-Einzelstunden à 60 Minuten
- Geburtsvorbereitung à 60 Minuten
- Gruppenstunden

Ort / Datum:

Zuweisende/r Arzt /Ärztin (Stempel)

Unterschrift: