

Verordnung zur Atemtherapie

Personalien:

Name _____
Vorname _____
Geb. Datum _____
Strasse _____
PLZ/Ort _____
Tel. P _____
Tel. G _____
Versicherer _____

Ganzheitlich-Integrative Atemtherapie IKP

Maria Britschgi
Hellmühlestrasse 11
6344 Meierskappel



maria.britschgi@cokomar.ch
www.cokomar.ch
Tel. 041 790 20 94
EMR/ASCA/EGK-Nr.

Behandlungsgrund:

- Ängste/Panikattacken
- Atembeschwerden/Asthma
- Burnout/Spannungs-
Erschöpfungszustand
- Chronische Schmerzen
- COPD
- Depressive Verstimmungen
- Essstörungen
- Haltungs- Rückenprobleme
- Herz-Kreislaufbeschwerden
- Hyperventilation
- Kopfschmerzen/Migräne
- Organische und nervliche Dystonie
- Psychosomatische Beschwerden
- Rehabilitation nach
Krankheit/Operation/Unfall
- Sexualstörungen
- Stress/Nervosität
- Schlafstörungen
- Verdauungsstörungen
- Schwangerschaft/Geburtsvorbereitung

Andere Indikation: _____

Anzahl Behandlungen/Sitzungen:

Einzel

Gruppe

Unterschrift und Stempel des Arztes:

Ort und Datum:
