Vorname, Name

Atemtherapeutin SBAM

Strasse, Nr.

PLZ/Ort

Telefon G

Email-Adresse

**Verordnung für Atemtherapie Methode Middendorf**

Für

Name Strasse, Nr.

Vorname PLZ/Ort

Geburtsdatum Telefon P

Geschlecht m f

Krankheit Unfall Invalidität

Diagnose

Medikation

Subjektive Beschwerden

Therapieziele

Einzelsitzungen (Behandlung/Übungen/Gespräche)

Gruppenkurs (Übungen/Gespräch zur Integration der Atemerfahrungen)

Ort/Datum Zuweisender Arzt/Ärztin (Stempel):

EAN-Nr.