

# VERORDNUNG ZUR ATEM- / BEWEGUNGSTHERAPIE

**Personalien:**  
Name \_\_\_\_\_  
Vorname \_\_\_\_\_  
Strasse \_\_\_\_\_  
PLZ / Ort \_\_\_\_\_  
Tel. Privat/Geschäft \_\_\_\_\_  
Geburtsdatum \_\_\_\_\_  
Versicherung \_\_\_\_\_

**Adresse Atempädagoge/pädagogin:**  
  
KSK-Nr.\* Rechnungssteller: \_\_\_\_\_  
**Atemtherapie: Methode Nr. 13**  
  
**Verordnung durch:**  
Stempel und Unterschrift des Arztes:

\* Diese KSK-Nummer hat keine Zulassung zur obligatorischen Krankenversicherung zur Folge und ersetzt keine allfällig bestehende KSK-Nummer.

- Diagnose:**
- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Atemwegserkrankungen                 | <input type="checkbox"/> Organische und nervliche Dystonie |
| <input type="checkbox"/> Psychosomatische Beschwerden         | <input type="checkbox"/> Haltungs- und Rückenprobleme      |
| <input type="checkbox"/> Kreislauf- und Stoffwechselschwächen | <input type="checkbox"/> Prävention                        |
|   | <input type="checkbox"/> _____                             |

**Anzahl Sitzungen:** \_\_\_\_\_  Einzel  Gruppe  Hausbesuche (auf Anfrage)

**Besondere Bemerkungen / Therapeutische Hinweise / Massnahmen:**  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Rückmeldungen über Behandlungsverlauf erbeten:**  JA  schriftlich  telefonisch  
 NEIN

## RECHNUNG / KOSTENVORANSCHLAG (Original zuhanden Versicherung)

**Sitzungsdaten / Dauer in Minuten:**

_____ / _____	_____ / _____	_____ / _____	_____ / _____	_____ / _____
_____ / _____	_____ / _____	_____ / _____	_____ / _____	_____ / _____
_____ / _____	_____ / _____	_____ / _____	_____ / _____	_____ / _____

Total Sitzungen: \_\_\_\_\_ à Fr. \_\_\_\_\_ = Fr. \_\_\_\_\_

Total Behandlungsdauer: \_\_\_\_\_ Stunden à Fr. \_\_\_\_\_ = Fr. \_\_\_\_\_  
(bei unterschiedlicher Dauer der einzelnen Sitzungen)