

Überweisung für Atemtherapie durch ärztliche und nichtärztliche Zuweiser/innen

Patient/in	Name:	Stempel Zuweiser/in (ärztliche & nichtärztliche)
	Vorname:	
	Geb. Dt.:	
	Strasse:	
	Postfach:	
	PLZ/Ort:	
	Tel:	
	mobil:	
	<input type="checkbox"/> KassenZusatz:	
	Vers.Nr.:	
	<input type="checkbox"/> Selbstzahler <input type="checkbox"/> Unfall <input type="checkbox"/> IV	
	Datum:	

Behandlungsziele / Schwerpunkte		1-5 bereiten auf Stufe 6 vor	
<input type="checkbox"/>	1 Notfallkoffer (bei Angst und Panik und Skills zur Vertiefung siehe 5)	<input type="checkbox"/> Angst + Panik; vorbereitend zur Exposition, Datum:	
		<input type="checkbox"/> Skills (Impulskontrolle)	
		<input type="checkbox"/> atemerleichternde Stellungen bei Atemnot	
		Bemerkungen:	
<input type="checkbox"/>	2 Tonusregulation Etonus / Sammlungs-fähigkeit	Schwerpunkt <input type="checkbox"/> Beckenboden <input type="checkbox"/> Mundboden <input type="checkbox"/> Zwerchfell	
		<input type="checkbox"/> anderer / Bemerkungen:	
<input type="checkbox"/>	3 Schmerz- / Symptomregulation	<i>Schmerzlinderung / Schmerzakzeptanz</i>	
		Bemerkungen:	
<input type="checkbox"/>	4 Schlafregulation		
<input type="checkbox"/>	5 Emotionsregulation über Körperwahrnehmung	<input type="checkbox"/> Stabilisieren (unterreg.) <input type="checkbox"/> Anregen/Aufspüren (überreg.)	
		Bemerkungen:	
<input type="checkbox"/>	6 Atemregulation Selbstregulation	<i>Bewusstwerdung der Atemmuster, direkte und indirekte Beeinflussung unter Berücksichtigung der Ich-Stärke</i>	
		Bemerkungen:	
<input type="checkbox"/>	Andere Interventionen	Nämlich:	
<input type="checkbox"/>	Setting	<input type="checkbox"/> Einzel <input type="checkbox"/> Gruppe voraussichtl. Anzahl h total:	<input type="checkbox"/> nach Ermessen <input type="checkbox"/> wöchentlich <input type="checkbox"/> zweiwöchentlich <input type="checkbox"/> monatlich

Diagnose:
Nebendiagnose:
Medikamente: