

Rheinfelden

Mona Gollwitzer

eidg. dipl. KomplementärTherapeutin

Krankenkassen-Anerkennung für **Atemtherapie, ZSR X175160** bei Zusatzversicherung Komplementärtherapie/Alternativmedizin

## Überweisung für Atemtherapie durch ärztliche und nichtärztliche Zuweiser/innen

	Name:	Stempel Zuweiser/in (ärztliche & nichtärztliche)
_⊆	Vorname:	Unterschrift Arzt/Psychiater ist nur bei Antrag auf Kostengutspra-
lt/	Geb. Dt.:	che notwendig. Es gelten die Bestimmungen der Kasse (VVG).
Patient/in	Strasse:	
at	Postfach:	
4	PLZ/Ort:	
	Tel:	
	mobil:	
	Mobil: ☐ KassenZusatz:	
	Vers.Nr.:	Datum: Unterschrift:
	☐ Selbstzahler ☐ Unfall ☐ IV	
Behandlungsziele / Schwerpunkte 1-5 bereiten auf Stufe 6 vor		
	1 Notfallkoffer	☐ Angst + Panik; vorbereitend zur Exposition, Datum:
	(bei Angst und Panik und Skills	☐ Skills (Impulskontrolle)
	zur Vertiefung siehe 5)	☐ atemerleichternde Stellungen bei Atemnot
	<u> </u>	Bemerkungen:
	2 Tonusregulation	Schwerpunkt ☐ Beckenboden ☐ Mundboden ☐ Zwerchfell
	Eutonus / Sammlungsfähigkeit	□ anderer / Bemerkungen:
	Edicinacy cummangolamignon	andoror pomorkangen.
	3 Schmerz- / Symptomregulation	Schmerzlinderung / Schmerzakzeptanz
	3 Schinerz- / Symptomiegulation	Bemerkungen:
		Demerkungen.
	4 Cablefor out ation	
	4 Schlafregulation	
	5 Emotionsregulation	☐ Stabilisieren (unterreg.) ☐ Anregen/Aufspüren (überreg.)
	über Körperwahrnehmung	Bemerkungen:
	6 Atemregulation	Bewusstwerdung der Atemmuster, direkte und indirekte Beein-
	Selbstregulation	flussung unter Berücksichtigung der Ich-Stärke
		Bemerkungen:
	Andere Interventionen	Nämlich:
	, and on the volution of	· · · · · · · · · · · · · · · · · · ·
	Setting	☐ Einzel ☐ Gruppe ☐ nach Ermessen ☐ wöchentlich
	Setting	voraussichtl. Anzahl h □ zweiwöchentlich □ monatlich
		total:
		wai.
Diagnossi		
Diagnose:		
Nebendiagnose:		
Medikamente:		