

VERORDNUNG

für Körper- & Bewegungsbewusstsein
mit Alexandertechnik

Personalien:

Name:
Vorname:
Geburtsdatum:
Strasse:
PLZ/Ort:
Tel. Privat:
Natel:
Arbeitgeber:
Tel. Geschäft:
Versichere:
Vers.-/Unfall Nr.:

Bemerkungen:

--

Diagnose:

<input type="checkbox"/> Krankheit <input type="checkbox"/> Unfall <input type="checkbox"/> Invalidität


Verordnung:

<input type="checkbox"/> erste <input type="checkbox"/> zweite <input type="checkbox"/> dritte <input type="checkbox"/> vierte <input type="checkbox"/> fünfte <input type="checkbox"/> Langzeitbehandlung
--

Anzahl pro Woche:

<input type="checkbox"/> 1x <input type="checkbox"/> 2x <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> frei nach Beurteilung v. Frau Garbani

Arzt / Ärztin: (Stempel) KSK-Nr.:

	Körper- & Bewegungsbewusstsein[®] mit Alexandertechnik	Claudia Garbani KSK-Nr.: B420878
dipl. Lehrerin für F.M. Alexander-Technik SVLAT / EMR und ASCA anerkannt Komplementärmedizinische Therapeutin mit Qualitätslabel EMR		
Theaterstr. 13 / CH - 6003 Luzern / und Baarerstr.112 / 6300 ZUG		
garbani@alexandertechnik-luzern.ch / Tel. 041 210 04 41		
www.alexandertechnik-luzern.ch		

Datum:
Unterschrift:

Datum:
Unterschrift: