

Trockensalzinhalation

Ärztliche Verordnung

Teil 1 - Identifizierung

Ich, Unterzeichnete(r),

Dr.	
-----	--

behandelnder Facharzt/Hausarzt von

Name	
Vorname	
Geburtsdatum	
Mitgliedsnummer	

Teil 2 - Diagnose

bestätige, dass die oben genannte Person an folgender Erkrankung leidet:

- Bronchial-Asthma
- Chronische Bronchitis
- Bronchiektasie
- CODP (chronisch obstruktive Lungenerkrankung)
- Zystische Fibrose
- Lungenfibrose
- Chronische Allergie
- Chronische Krankheit der Atemwege
- Long Covid

und der aktuelle Gesundheitszustand eine Teilnahme an einer Trockensalztherapie erlaubt.

Datum	
Unterschrift	