

BEHANDLUNGSPLAN FÜR ERGOTHERAPIE erstellt am

| | |
|--|---|
| VSNR: / Versichert bei: Patient/Patientin: Titel/Familiename: Vorname: Adresse: zuweisender Arzt/zuweisende Ärztin: | VSNR: / Versicherter/Versicherte: Titel/Familiename: Vorname: Adresse: |
|--|---|

Diagnose(n) laut Verordnung:

Symptomatik/ Intensität der Störung:

Erstverordnung Folgeverordnung (Anzahl der vorangegangenen Behandlungen:)

Therapieverlauf/Krankheitsverlauf seit Therapiebeginn (ab der zweiten Einreichung):

Therapieziele:

Therapiemaßnahmen: (Zutreffendes bitte ankreuzen)

| | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Training alltagsrelevanter Handlungsabläufe – ADL <input type="checkbox"/> Hilfsmittelberatung, -versorgung und -training <input type="checkbox"/> Beratung für Wohnungsadaptierung und Sturzprophylaxe <input type="checkbox"/> Training sensomotorischer Fähigkeiten <input type="checkbox"/> Training sozialer und emotionaler Fertigkeiten <input type="checkbox"/> Training von Verhaltensorganisation | <input type="checkbox"/> Training von Körperwahrnehmung und Wahrnehmungsverarbeitung <input type="checkbox"/> Training alltagsrelevanter kognitiver Fähigkeiten <input type="checkbox"/> Angehörigenberatung <input type="checkbox"/> Schienenherstellung, -korrektur, -anpassung <input type="checkbox"/> Narbenbehandlung <input type="checkbox"/> Maßnahmen zur beruflichen Integration |
|---|---|

Vorgesehene Therapieform: (bitte ankreuzen)

Einzel 60 Min Einzel 45 Min Einzel 30 Min Gruppe mitTeilnehmer/-innen

Anzahl der vorgesehenen Hausbesuche:

Begründung Hausbesuche:

Vorgesehene Therapieeinheiten: (bitte ankreuzen) 5 10 15 20

Therapiefrequenz: Mal/Woche

Beurteilung der Zielerreichung nach Ende dieser Behandlungsserie am:

Therapieziel vollständig nach Einheiten erreicht.

Therapieabbruch wegen:

Therapieziel teilweise erreicht, Folgeverordnung erbeten.

Hinweise für die Zuweiserin/den Zuweiser:

| |
|---|
| Bewilligungsvermerk des Krankenversicherungsträgers |
|---|

Absender: (Datum, Name und Stempel)