

BEHANDLUNGSPLAN FÜR ERGOTHERAPIE

VSNR: / Versichert bei: Patient/Patientin: Titel/Zuname: Vorname: Adresse: zuweisender Arzt/zuweisende Ärztin /:	VSNR: / Versicherter/Versicherte: Titel/Zuname: 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 der Körperwahrnehmung und Wahrnehmungsverarbeitung | <input type="checkbox"/> Training von Verhaltensorganisation
<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 mit ____ Teilnehmer/-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: (Name und Stempel)