**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)

|  |  |
| --- | --- |
| [ ]  Training alltagsrelevanter Handlungsabläufe – ADL[ ]  Hilfsmittelberatung, -versorgung und -training [ ]  Beratung für Wohnungsadaptierung und Sturzprophylaxe[ ]  Training sensomotorischer Fähigkeiten[ ]  Training sozialer und emotionaler Fertigkeiten [ ]  Training der Körperwahrnehmung und Wahrnehmungsverarbeitung | [ ]  Training von Verhaltensorganisation [ ]  Training alltagsrelevanter kognitiver Fähigkeiten [ ]  Angehörigenberatung[ ]  Schienenherstellung, -korrektur, -anpassung[ ]  Narbenbehandlung[ ]  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)           |