**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) |