**BEHANDLUNGSPLAN FÜR PHYSIOTHERAPHIE**

|  |  |
| --- | --- |
| **Patient/Patientin** | **Versicherter/Versicherte** |
| **VSNR:**      /      | **VSNR:**      /      |
| **Titel/Zuname:**       | **Titel/Zuname:**       |
| **Vorname:**       | **Vorname:**       |
| **Adresse:**       | **Adresse:**       |
| **Zuweisender Arzt/zuweisende Ärztin:**       | **Hauptdiagnose/** Nebendiagnose(n) lt. Verordnung:      |
| [ ]  **Erstverordnung** | [ ]  **Folgeverordnung Anzahl der vorangegangenen Behandlungen:** |

|  |
| --- |
| **ANAMNESE** |
| [ ]  Unfall/Operation  Datum: | [ ]  neurologische Ursache |
| **Schmerzen seit** | [ ]  max. 6 Wochen | [ ]  6 bis 12 Wochen | [ ]  länger als 12 Wochen  |
| **Schmerzauslösende Situation** | [ ]  bei/nach längerer Bewegung/Belastung | [ ]  bei Bewegungs-/Belastungsbeginn | [ ]  in Ruhe |
| **Schmerzintensität (NRS 1-10)** (zutreffende ankreuzen) | [ ]  1 | [ ]  2 | [ ]  3 | [ ]  4 | [ ]  5 | [ ]  6 | [ ]  7 | [ ]  8 | [ ]  9 | [ ]  10 |
| **Beeinträchtigte Alltagsaktivität** (lt. Patientin/Patient)       |
| **BEHANDLUNGSZIELE** |
| **Schmerzreduktion** | [ ]  HWS[ ]  BWS[ ]  LWS | [ ]  Schulter[ ]  Ellenbogen[ ]  Hand | [ ]  Hüfte[ ]  Knie[ ]  Sprunggelenk | [ ]  sonstige Region |
| **Bewegungsumfang** | [ ]  HWS[ ]  BWS[ ]  LWS | [ ]  Schulter[ ]  Ellenbogen[ ]  Hand | [ ]  Hüfte[ ]  Knie[ ]  Sprunggelenk | [ ]  sonstige Region |
| **Tonus** | [ ]  muskulärer Hartspann [ ]  Spastizität, Rigor, Dystonie |
| **Motorik, Kraft, Koordination** | [ ]  Obere Extremität | [ ]  Untere Extremität | [ ]  Rumpf | [ ]  Sonstige |
| **Sensorik** | [ ]  somatisch | [ ]  vestibulär, visuell | [ ]  Sonstige  |
| **Perzeption** | [ ]  Störung räumlicher Leistungen | [ ]  Neglect | [ ]  Apraxie |
| **Ausdauer** | [ ]  muskulär | [ ]  kardiovaskulär | [ ]  respiratorisch |
| **ADL: Lokomotion Manipulation** | [ ]  Lagerwechsel[ ]  Transfer[ ]  Aufstehen – Hinsetzen | [ ]  Stehen[ ]  Gehen[ ]  Stiegen steigen | [ ]  Transportmittel[ ]  Objekte heben, tragen, handhaben |
| **Sonstiges** |       |

|  |
| --- |
| **VORGESEHENE THERAPIEFORM** |
|  | **Anzahl** **Behandlungen**  | **Therapiefrequenz** **(pro Woche)**  |  | **Anzahl** **Behandlungen**  | **Therapiefrequenz** **(pro Woche)**  |
| **Einzelbehandlung** 30‘ |       |       | **Hausbesuch (HB)** |       |       |
| **Einzelbehandlung** 45‘ |       |       | **Begründung für HB** |       |
| **Einzelbehandlung** 60‘ |       |       | **Heilmassage 15‘** |       |       |
| **KPE\*** 30‘ |       |       | **Additive Maßnahmen**  |       |       |
| **KPE\*** 45‘ |       |       | **Lymphdrainage** 30‘ |       |       |
| **KPE\*** 60‘ |       |       | **Lymphdrainage** 45‘ |       |       |
| **Gruppe** 30‘ |       |       | **Lymphdrainage** 60‘ |       |       |
| **Gruppe** 60‘ |       |       |  |  |  |

\*KomplexePhysikalische Entstauungstherapie inkl. manuelle Lymphdrainage, separater Behandlungsplan „KPE“ erforderlich

**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 |

Name/Adresse der Physiotherapeutin/des Physiotherapeuten

 Datum Unterschrift/Stampiglie