

## BEHANDLUNGSPLAN FÜR PHYSIOTHERAPIE

<b>Patient(In):</b>	<b>Versicherte(r):</b>
<b>VSNR:</b>	<b>VSNR:</b>
<b>Titel/Familiename:</b>	<b>Titel/Familiename:</b>
<b>Vorname:</b>	<b>Vorname:</b>
<b>Adresse:</b>	<b>Adresse:</b>
<b>Zuweisender Arzt:</b>	<b>Hauptdiagnose/ Nebendiagnose(n)</b>

### ANAMNESE

<input type="checkbox"/> Unfall/Operation Datum:		<input type="checkbox"/> neurologische Erkrankungen	
<b>Schmerzen seit</b>	<input type="checkbox"/> maximal 6 Wochen	<input type="checkbox"/> 6-12 Wochen	<input type="checkbox"/> länger als 12 Wochen
<b>Schmerzauslösende Situation</b>	<input type="checkbox"/> bei/nach längerer Bewegung/Belastung	<input type="checkbox"/> bei Bewegungs-/ Belastungsbeginn	<input type="checkbox"/> in Ruhe
<b>Schmerzintensität (NRS 1-10)</b>	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/> 10 <input type="checkbox"/>		
<b>beeinträchtigte Alltagsaktivität</b> (lt. Patient/in)			

### BEHANDLUNGSZIELE

<b>Schmerzreduktion</b>	<input type="checkbox"/> HWS <input type="checkbox"/> BWS <input type="checkbox"/> LWS	<input type="checkbox"/> Schulter <input type="checkbox"/> Ellbogen <input type="checkbox"/> Hand	<input type="checkbox"/> Hüfte <input type="checkbox"/> Knie <input type="checkbox"/> Sprunggelenk	<input type="checkbox"/> Sonstige Region
<b>Bewegungsumfang</b>	<input type="checkbox"/> HWS <input type="checkbox"/> BWS <input type="checkbox"/> LWS	<input type="checkbox"/> Schulter <input type="checkbox"/> Ellbogen <input type="checkbox"/> Hand	<input type="checkbox"/> Hüfte <input type="checkbox"/> Knie <input type="checkbox"/> Sprunggelenk	<input type="checkbox"/> Sonstige Region
<b>Tonus</b>	<input type="checkbox"/> muskulärer Hartspann		<input type="checkbox"/> Spastizität, Rigor, Dystonie	
<b>Motorik: Kraft, Koordination</b>	<input type="checkbox"/> Obere Extremität	<input type="checkbox"/> Untere Extremität	<input type="checkbox"/> Rumpf	<input type="checkbox"/> Sonstiges
<b>Sensorik</b>	<input type="checkbox"/> somatisch	<input type="checkbox"/> vestibulär, visuell	<input type="checkbox"/> Sonstiges	
<b>Perzeption</b>	<input type="checkbox"/> Störung räumlicher Leistungen	<input type="checkbox"/> Neglect	<input type="checkbox"/> Apraxie	
<b>Ausdauer</b>	<input type="checkbox"/> muskulär	<input type="checkbox"/> kardiovaskulär	<input type="checkbox"/> respiratorisch	
<b>ADL: Lokomotion Manipulation</b>	<input type="checkbox"/> Lagewechsel <input type="checkbox"/> Transfer <input type="checkbox"/> Aufstehen - Hinsetzen	<input type="checkbox"/> Stehen <input type="checkbox"/> Gehen <input type="checkbox"/> Stiegensteigen	<input type="checkbox"/> Transportmittel <input type="checkbox"/> Objekte heben, tragen, handhaben	
<b>Sonstiges</b>				

### VORGESEHENE THERAPIEFORM

	Anzahl Behandlungen	Therapiefrequenz (pro Woche)		Anzahl Behandlungen	Therapiefrequenz (pro Woche)
Einzeltherapie - 30 Minuten			Hausbesuch		
Einzeltherapie - 45 Minuten			Massage - 15 Minuten		
Einzeltherapie - 60 Minuten			Therapie in Gruppe		
KPE* - 45 Minuten					
KPE* - 60 Minuten					

\*Komplexe Physikalische Entstauungstherapie inkl. manuelle Lymphdrainage

11-ÖGK 12/214.01.01.2020

 Bewilligungsvermerk des Krankenversicherungsträgers

 Name/Adresse  
der Physiotherapeutin/des Physiotherapeuten

Datum

Unterschrift/Stampiglie