

BEHANDLUNGSPLAN FÜR ERGOTHERAPIE

VSNR: _____ Patient/in: _____ Titel: _____ Familienname: _____ Vorname: _____ Adresse: _____ Zuweisende/r Ärztin/Arzt: _____	VSNR: _____ Versicherte/r: _____ Titel: _____ Familienname: _____ Vorname: _____ Adresse: _____
---	--

Diagnose/n laut Verordnung: _____

Symptomatik/Intensität der Störung: _____

Therapieverlauf/Krankheitsverlauf seit Therapiebeginn (ab der zweiten Einreichung): _____

Therapieziele: _____

Therapiemaßnahmen:

- Training alltagsrelevanter Handlungsabläufe – ADL (wie z.B. Körperpflege, An- und Ausziehen, Essen, Haushalt, Kommunikation, Alltagsorganisation,...)
- Hilfsmittelberatung, -versorgung und -training
- Beratung für Wohnungsadaptierung und Sturzprophylaxe
- Training sensomotorischer Fähigkeiten (Grob- und Feinmotorik, Koordination, Sensibilität, Gleichgewicht, Ausdauer, Muskelkraft, Tonusbeeinflussung,...)
- Training sozialer und emotionaler Fertigkeiten (Selbstvertrauen, Krankheitsbewältigung, Eigeninitiative, Interaktionsfähigkeit)
- Training der Körperwahrnehmung und Wahrnehmungsverarbeitung
- Training von Verhaltensorganisation (Aufmerksamkeit, Konzentration, Ausdauer, Belastbarkeit, Antrieb, Motivation)
- Training alltagsrelevanter kognitiver Fähigkeiten (räumlich visuelle und räumlich konstruktive Fähigkeiten, Handlungsplanung, Problemlösungsstrategien, Denkflexibilität,...)
- Angehörigenberatung
- Schienenherstellung, -korrektur, -anpassung
- Narbenbehandlung
- Maßnahmen zur beruflichen Integration
- _____

Vorgesehene Therapieform:

-
- Einzel 60 Min.
-
- Einzel 30 Min.

 Hausbesuch bei jedem Termin

-
- Hausbesuch bei ausgew. Terminen
-
- _____ Anzahl der vorgesehenen HB

Vorgesehene Therapieeinheiten (ohne Hausbesuch bei jedem Termin):

-
- 5
-
- 10
-
- 15
-
- 20
-
- 25
-
- 30

Vorgesehene Therapieeinheiten (mit Hausbesuch bei jedem Termin):

- | | | | | | | |
|-------------------------------|------------------------------|--------------------------------|------------------------------|--------------------------------|------------------------------|-----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 5 | <input type="checkbox"/> 10 | <input type="checkbox"/> 15 | <input type="checkbox"/> 20 | <input type="checkbox"/> 25 | <input type="checkbox"/> 30 | Therapieeinheiten |
| <input type="checkbox"/> +2,5 | <input type="checkbox"/> + 5 | <input type="checkbox"/> + 7,5 | <input type="checkbox"/> +10 | <input type="checkbox"/> +12,5 | <input type="checkbox"/> +15 | Hausbesuch (= je 1/2 Einheit) |
| <input type="checkbox"/> 7,5 | <input type="checkbox"/> 15 | <input type="checkbox"/> +22,5 | <input type="checkbox"/> 30 | <input type="checkbox"/> 37,5 | <input type="checkbox"/> 45 | Therapiefrequenz: _____ Mal/Woche |

 Bewilligungsvermerk des
 Krankenversicherungsträgers

 Name/Adresse
 der Ergotherapeutin/des Ergotherapeuten

Datum

Unterschrift/Stampiglie