

VSNR: XXXX/XXXXXX Versichert bei: Bitte einfügen PatientIn Titel/Zuname: Bitte einfügen Vorname: Bitte einfügen Adresse: Bitte einfügen zuweisender Arzt bzw. Ärztin /: Bitte einfügen	VSNR: XXXX/XXXXXX Versicherter: Titel/Zuname: Bitte einfügen Vorname: Bitte einfügen Adresse: Bitte einfügen
---	---

BEHANDLUNGSPLAN FÜR ERGOTHERAPIE

Diagnose(n) laut Verordnung: Bitte einfügen

Symptomatik/ Intensität der Störung: Bitte einfügen

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

Therapieziele: Bitte einfügen

Therapiemaßnahmen: (Zutreffendes bitte ankreuzen)

- 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- u. 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: (Zutreffendes bitte ankreuzen)

- Einzel 60 Min
 Einzel 45 Min
 Einzel 30 Min.
 Gruppe mit TeilnehmerInnen

Anzahl der vorgesehenen Hausbesuche: Bitte einfügen

Begründung Hausbesuche: Bitte einfügen

Vorgesehene Therapieeinheiten: (Zutreffendes bitte ankreuzen)

- 5
 10
 15
 20

Therapiefrequenz: Bitte einfügen Mal/Woche

Bewilligungsvermerk des
Krankenversicherungsträgers
Bitte einfügen

Absender: (Name und Stempel)

Bitte einfügen

Bitte einfügen

Datum

Unterschrift