

Behandlungsplan für Ergotherapie erstellt am _____

VSNR: _____/_____	VSNR: _____/_____
Versichert bei: _____	Versicherte/Versicherter: _____
Patientin/Patient: _____	Titel/Zuname: _____
Titel/Zuname: _____	Vorname: _____
Vorname: _____	Adresse: _____
Adresse: _____	Zuweiserin/Zuweiser: _____
Zuweiserin/Zuweiser: _____	

Ausgangssituation

Diagnose(n) laut Verordnung: _____

Symptomatik/Intensität der Störung: _____

Erstverordnung Folgeverordnung (Anzahl der vorangegangenen Behandlungen: _____)

Therapieziele: _____

Geplante Behandlungen: (Zutreffendes bitte ankreuzen)

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Training alltagsrelevanter Handlungsabläufe – ADL | <input type="checkbox"/> Training von Verhaltensorganisation |
| <input type="checkbox"/> Hilfsmittelberatung, -versorgung und -training | <input type="checkbox"/> Training alltagsrelevanter kognitiver Fähigkeiten |
| <input type="checkbox"/> Beratung für Wohnungsadaptierung und Sturzprophylaxe | <input type="checkbox"/> Angehörigenberatung |
| <input type="checkbox"/> Training sensomotorischer Fähigkeiten | <input type="checkbox"/> Schienenherstellung, -korrektur, -anpassung |
| <input type="checkbox"/> Training sozialer und emotionaler Fertigkeiten | <input type="checkbox"/> Narbenbehandlung |
| <input type="checkbox"/> Training der Körperwahrnehmung und Wahrnehmungsverarbeitung | <input type="checkbox"/> Maßnahmen zur beruflichen Integration |

Vorgesehene Therapiedauer und -form: (bitte ankreuzen)

Einzel 60 Min. Einzel 45 Min. Einzel 30 Min. Gruppe mit _____ Teilnehmer/-innen

Anzahl der vorgesehenen Hausbesuche: _____

Begründung Hausbesuche: _____

Anzahl der geplanten 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: _____

Datum Name/Stempel und Unterschrift der Behandlerin/des Behandlers