

BEHANDLUNGSPLAN FÜR ERGOTHERAPIE erstellt am

VSNR: / Versichert bei: Patient/Patientin: Titel/Familiename: Vorname: Adresse: zuweisender Arzt/zuweisende Ärztin:	VSNR: / Versicherter/Versicherte: Titel/Familiename: Vorname: Adresse:
--	---

Diagnose(n) laut Verordnung:

Symptomatik/ Intensität der Störung:

Erstverordnung Folgeverordnung (Anzahl der vorangegangenen Behandlungen:)

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

Therapieziele:

Therapiemaßnahmen: (Zutreffendes bitte ankreuzen)

<input type="checkbox"/> Training alltagsrelevanter Handlungsabläufe – ADL	<input type="checkbox"/> Training von Körperwahrnehmung und Wahrnehmungsverarbeitung
<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 von Verhaltensorganisation	<input type="checkbox"/> Maßnahmen zur beruflichen Integration

Vorgesehene Therapieform: (bitte ankreuzen)

Einzel 60 Min Einzel 45 Min Einzel 30 Min Gruppe mitTeilnehmer/-innen

Anzahl der vorgesehenen Hausbesuche:

Begründung Hausbesuche:

Vorgesehene 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:

Bewilligungsvermerk des Krankenversicherungsträgers

Absender: (Datum, Name und Stempel)