

BEHANDLUNGSPLAN FÜR PHYSIOTHERAPIE

Patient/Patientin	Versicherter/Versicherte
VSNR:	VSNR:
Titel/Familienname:	Titel/Familienname:
Vorname:	Vorname:
Adresse:	Adresse:
Zuweisender Arzt/zuweisende Ärztin:	Hauptdiagnose/ Nebendiagnose(n) lt. Verordnung:
<input type="checkbox"/> Erstverordnung	<input type="checkbox"/> Folgeverordnung Anzahl der vorangegangenen Behandlungen:

ANAMNESE

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

BEHANDLUNGSZIELE

Schmerzreduktion	<input type="checkbox"/> HWS <input type="checkbox"/> BWS <input type="checkbox"/> LWS	<input type="checkbox"/> Schulter <input type="checkbox"/> Ellenbogen <input type="checkbox"/> Hand	<input type="checkbox"/> Hüfte <input type="checkbox"/> Knie <input type="checkbox"/> Sprunggelenk	<input type="checkbox"/> Sonstige Region
Bewegungsumfang	<input type="checkbox"/> HWS <input type="checkbox"/> BWS <input type="checkbox"/> LWS	<input type="checkbox"/> Schulter <input type="checkbox"/> Ellenbogen <input type="checkbox"/> Hand	<input type="checkbox"/> Hüfte <input type="checkbox"/> Knie <input type="checkbox"/> Sprunggelenk	<input type="checkbox"/> Sonstige Region
Tonus	<input type="checkbox"/> muskulärer Hartspann		<input type="checkbox"/> Spastizität, Rigor, Dystonie	
Motorik, Kraft, Koordination	<input type="checkbox"/> Obere Extremität	<input type="checkbox"/> Untere Extremität	<input type="checkbox"/> Rumpf	<input type="checkbox"/> Sonstige
Sensorik	<input type="checkbox"/> somatisch		<input type="checkbox"/> vestibulär, visuell	<input type="checkbox"/> Sonstige
Perzeption	<input type="checkbox"/> Störung räumlicher Leistungen		<input type="checkbox"/> Neglect	<input type="checkbox"/> Apraxie
Ausdauer	<input type="checkbox"/> muskulär		<input type="checkbox"/> kardiovaskulär	<input type="checkbox"/> respiratorisch
ADL: Lokomotion Manipulation	<input type="checkbox"/> Lagerwechsel <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	
Sonstiges				

VORGEGEHENE THERAPIEFORM

	Anzahl Behandlungen	Therapiefrequenz (pro Woche)		Anzahl Behandlungen	Therapiefrequenz (pro Woche)
Einzelbehandlung 30'			Gruppe 30'		
Einzelbehandlung 45'			Gruppe 60'		
Einzelbehandlung 60'			Hausbesuch (HB)		
			Begründung für HB		
KPE* 45'			Additive Leistungen Heilmassage 15'		
KPE* 60'			Additive Maßnahmen – Heilmassage/Apparative Maßnahmen		

*Komplexe Physikalische Entstauungstherapie inkl. manuelle Lymphdrainage, separater Behandlungsplan „KPE“ erforderlich

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
--

Name/Adresse der Physiotherapeutin/des Physiotherapeuten

Datum

Unterschrift/Stampiglie