

BEHANDLUNGSPLAN FÜR ERGOTHERAPIE

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

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

Vorgesehene Therapieform: (bitte ankreuzen)

☐ Einzel 60 Min ☐ Einzel 45 Min ☐ Einzel 30 Min ☐ Gruppe mit ____ Teilnehmer/-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: (Name und Stempel)