

# BEHANDLUNGSPLAN FÜR ERGOTHERAPIE

Patient \_\_\_\_\_

Vers.Nr. \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

Versicherter \_\_\_\_\_

Vers.Nr. \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

**Diagnose(n) laut Verordnung:**

---

---

**Therapieziele:**

---

---

**Therapiemaßnahmen:**

- 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, Denkfähigkeit, ...)
- Angehörigenberatung und Beratung von Bezugspersonen
- Schienenherstellung, -korrektur, -anpassung
- Narbenbehandlung, vorbereitende Ödembehandlung (zB.: Lymphdrainage)

**Vorgesehene Therapieform:**

- Einzel 60 Min.     Einzel 45 Min.     Einzel 30 Min.     Gruppe 2 Pers.  
 Gruppe 3-5 Pers.

**Hausbesuch:**     bei allen Terminen     bei einzelnen Terminen:    Anzahl der HB: \_\_\_\_\_

**Begründung**

Hausbesuch: \_\_\_\_\_

**Vorgesehene Therapieeinheiten**

5     10     15     20     25     30

**Therapiefrequenz:..**    ...Mal/Woche

Name/Adresse der(s) Ergotherapeutin(en)

---

---

\_\_\_\_\_ **Datum:** \_\_\_\_\_ **Unterschrift:** \_\_\_\_\_