

### BEHANDLUNGSPLAN FÜR PHYSIOTHERAPIE

<b>VSNR:</b> <b>Patient/in:</b> <b>Titel:</b> <b>Familien- oder Nachname/n:</b> <b>Vorname/n:</b> <b>Adresse:</b> <b>Zuweisende/r Ärztin/Arzt:</b>	<b>VSNR:</b> <b>Versicherte/r:</b> <b>Titel:</b> <b>Familien- oder Nachname/n:</b> <b>Vorname/n:</b> <b>Adresse:</b> <b>Hauptdiagnose/Nebendiagnose/n:</b>
--	--

### ANAMNESE

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

### BEHANDLUNGSZIELE

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

### VORGESEHENE THERAPIEFORM

	Anzahl der Behandlungen	Therapiefrequenz (pro Woche)
<b>Hausbesuch</b>		
<b>Physiotherapie Einzel – 30 Minuten</b>		
<b>Physiotherapie Einzel – 45 Minuten</b>		
<b>Physiotherapie Einzel – 60 Minuten</b>		
<b>Physiotherapie Gruppe</b>		
<b>Neurophysiologische Bewegungsübungen</b>		
<b>Massage</b>		

Bewilligungsvermerk des Krankenversicherungsträgers

Name/Adresse der Physiotherapeutin/des Physiotherapeuten

\_\_\_\_\_ Datum

\_\_\_\_\_ Unterschrift/Stampiglie