

BEHANDLUNGSPLAN FÜR PHYSIOTHERAPIE

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

ANAMNESE

<input type="checkbox"/> Unfall/Operation <input type="checkbox"/> neurologische Erkrankungen Datum:			
Schmerzen seit	<input type="checkbox"/> maximal 6 Wochen	<input type="checkbox"/> 6-12 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)	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"/>		
beeinträchtigte Alltagsaktivität (lt. Patient/in)			

BEHANDLUNGSZIELE

Schmerzreduktion	<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
Bewegungsumfang	<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
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"/> Sonstiges
Sensorik	<input type="checkbox"/> somatisch	<input type="checkbox"/> vestibulär, visuell	<input type="checkbox"/> Sonstiges	
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"/> 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	
Sonstiges				

VORGEGEHENE THERAPIEFORM

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

Bewilligungsvermerk des Krankenversicherungsträgers

Name/Adresse
der Physiotherapeutin/des Physiotherapeuten

_____ Datum

_____ Unterschrift/Stampiglie