**BEHANDLUNGSPLAN FÜR PHYSIOTHERAPHIE**

|  |  |
| --- | --- |
| **Patient/Patientin** | **Versicherter/Versicherte** |
| **VSNR:**      / | **VSNR:**      / |
| **Titel/Zuname:** | **Titel/Zuname:** |
| **Vorname:** | **Vorname:** |
| **Adresse:** | **Adresse:** |
| **Zuweisender Arzt/zuweisende Ärztin:** | **Hauptdiagnose/** Nebendiagnose(n) lt. Verordnung: |
| **Erstverordnung** | **Folgeverordnung   Anzahl der vorangegangenen Behandlungen:** |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **ANAMNESE** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Unfall/Operation   Datum: | | | | | | | | neurologische Ursache | | | | | | | | | | | |
| **Schmerzen seit** | | max. 6 Wochen | | | | | | 6 bis 12 Wochen | | | | | | | länger als 12 Wochen | | | | |
| **Schmerzauslösende Situation** | | bei/nach längerer Bewegung/Belastung | | | | | | bei Bewegungs-/Belastungsbeginn | | | | | | | 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** | HWS  BWS  LWS | | | | Schulter  Ellenbogen  Hand | | | | | | Hüfte  Knie  Sprunggelenk | | | | | | sonstige Region | | |
| **Bewegungsumfang** | HWS  BWS  LWS | | | | Schulter  Ellenbogen  Hand | | | | | | Hüfte  Knie  Sprunggelenk | | | | | | sonstige Region | | |
| **Tonus** | muskulärer Hartspann  Spastizität, Rigor, Dystonie | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Motorik, Kraft, Koordination** | Obere Extremität | | | | Untere Extremität | | | | | | Rumpf | | | | | | Sonstige | | |
| **Sensorik** | somatisch | | | | | vestibulär, visuell | | | | | | | Sonstige | | | | | | |
| **Perzeption** | Störung räumlicher  Leistungen | | | | | Neglect | | | | | | | Apraxie | | | | | | |
| **Ausdauer** | muskulär | | | | | kardiovaskulär | | | | | | | respiratorisch | | | | | | |
| **ADL: Lokomotion Manipulation** | Lagerwechsel  Transfer  Aufstehen – Hinsetzen | | | | | Stehen  Gehen  Stiegensteigen | | | | | | | Transportmittel  Objekte heben, tragen,  handhaben | | | | | | |
| **Sonstiges** |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **VORGESEHENE 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 |  |  |

\*KomplexePhysikalische Entstauungstherapie inkl. manuelle Lymphdrainage, seperater Behandlungsplan „KPE“ erforderllich

**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