

[0] Daten zur Person

| | | | |
|------------------|-------------------------------------|--------------|---|
| Name, Vorname | Max Muster | Geburtsdatum | 01.06.1957 |
| Adresse | Musterstr. 007 12345 Musterstadt | Geschlecht | <input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> m w d x |
| Telefonnummer(n) | 0123-456789 0987-654321 | | |
| E-Mail | max.muster@muster.de | | |

Gesetzliche Betreuung durch bzw. Sorgeberechtigte

ja nein

DSGVO: notwendige Informationen und Unterschriften liegen vor

ja nein

Kostenklärung ist erfolgt

ja nein

Behandlungs-/Präventionsvertrag liegt vor

ja nein

Entbindung von der Schweigepflicht liegt vor gegenüber folgenden Personen

ja nein

Ehefrau Mia Muster

Kooperationen / Kontaktdaten* (z.B. Kita, Schule, Pflegeeinrichtung, weitere Therapeut:innen)

Physiotherapeutin, Petra Pauer, 0123-987654

Bezugspersonen* (Name, Kontaktdaten, Rolle)

Mia Muster (Ehefrau), Mara Retsum (Tochter, lebt ebenfalls in Musterstadt) 0123-456456

Wichtige Informationen von bzw. Absprachen mit Bezugspersonen, therapeutischem Team oder Vorbehandelnden

**bitte keine Anrufe in der Mittagszeit
Hilfsmittelversorgung immer mit PT abstimmen**

Anmerkungen/Notizen

Ehefrau möchte von Zeit zu Zeit bei der Therapie dabei sein

[1A] Screening

Verordnung / sonstiger Auftrag

Kostenträger / Anmerkung

| | |
|---------------------------|------------------|
| Heilmittel-Verordnung GKV | Krankenkasse XYZ |
|---------------------------|------------------|

Diagnosegruppe

| |
|-----|
| EN1 |
|-----|

Verordner:in / Anforderung durch

Kontaktdaten Verordner:in

| | |
|--------------------------------|--------------------------------|
| Dr. Marianne Heil (Hausärztin) | s. Praxiskartei 0123-232323 |
|--------------------------------|--------------------------------|

Diagnose(n) lt. Verordnung

weitere relevante Diagnose(n)

| | |
|-------------------------|---|
| Mediainfarkt li 04/2022 | Arthrose LWS + Knie bds. Herzrhythmusstörungen |
|-------------------------|---|

relevante Medikation(en)

Hilfsmittel / Hilfen*

| | |
|---|---|
| Blutverdünner, Schmerzmittel bei Bedarf | Rollator, Badewanneneinsatz, elektr. verstellbarer Lattenrost, |
|---|---|

| | |
|---|----|
| <input checked="" type="checkbox"/> Aufklärung Klient:in über Ergotherapie durch (Therapeut:in) | EE |
|---|----|

Anliegen / Erwartungen Klient:in

Anliegen / Erwartungen Zugehörige:r

| | |
|--------------------------|---|
| wieder besser mobil sein | weniger Unterstützung bei der Selbstversorgung (Ehefrau) |
|--------------------------|---|


Warn- und Ausschlusskriterien: Klient:in berichtet von folgenden Ereignissen / Verschlechterungen

| | | |
|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> unspezifischer oder starker Schmerz | <input type="checkbox"/> größerer Gewichtsverlust | <input type="checkbox"/> bekannte Krebserkrankung |
| <input type="checkbox"/> Lähmungserscheinungen oder Missempfindungen | <input type="checkbox"/> Fieber; akute Infektion | <input type="checkbox"/> erhebl. Einschränkung der Belastbarkeit; Kurzatmigkeit |
| <input type="checkbox"/> deutliche Verschlechterung bekannter Symptomatik | <input type="checkbox"/> Unfall oder Sturz | <input checked="" type="checkbox"/> keine |

Aufnahme der ergotherapeutischen Diagnostik unter Berücksichtigung möglicher Ausschlüsse

| | |
|--|----------------------|
| <input checked="" type="checkbox"/> Ja | |
| <input type="checkbox"/> Ja, unter der folgenden Bedingung | <input type="text"/> |
| <input type="checkbox"/> Nein, aufgrund | <input type="text"/> |
| <input type="checkbox"/> falls Nein: Rückmeldung an Verordner:in ist erfolgt | |

Empfehlung einer weiteren / anderen Maßnahme

 zusätzlich alternativ

| |
|----------------------|
| <input type="text"/> |
|----------------------|



Datum

Verantwortliche:r Ergotherapeut:in

| |
|------------|
| 20.06.2022 |
|------------|

| |
|----|
| EE |
|----|

[1B] Ergotherapeutische Diagnostik

Ausgangspunkt sind die Anliegen des Klienten(-systems) aus 1A

Risikofaktoren, die Einfluss auf die Ergotherapie nehmen (können)

| | | |
|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> keine | <input type="checkbox"/> Suizidalität | <input checked="" type="checkbox"/> Schmerz |
| <input type="checkbox"/> eigengefährdendes Verhalten | <input checked="" type="checkbox"/> Sturzgefahr | <input type="checkbox"/> fremdgefährdendes Verhalten |
| <input type="checkbox"/> Adhärenz | <input type="checkbox"/> funktionelle Belastbarkeit | <input type="checkbox"/> Sonstiges <input type="text"/> |

Risikobewertung

Ergotherapie ohne Einschränkung möglich

Ergotherapie möglich, wenn

Berücksichtigung Schmerzen (Tagesform), Sicherung bei Lagewechseln und Fortbewegung

Gespräch / Interview

Inhalte des Gesprächs: soziale und physische Umwelt, Werte, Rollen, Bezugspersonen, relevante Betätigungen, wichtige Lebensereignisse, ...

berichtet strukturiert über Krankheitsverlauf und gesundheitliche Situation // Sprachverständnis weitestgehend vorhanden, einzelne Wortfindungsprobleme, braucht etwas Zeit, Ehefrau übernimmt immer mal das Wort // Familie spielt große Rolle in seinem Leben und Alltag, Sohn lebt in Kanada, Tochter und Enkel vor Ort // hat immer gerne gearbeitet, hat bisher alle Arbeiten am Haus und im Garten selbst erledigt // kleiner Freundeskreis, regelmäßige Kontakte // kein Sport, aber spazieren gehen // Technik-affin (Smartphone, Videotreffen, PC für Hobby) // Modelleisenbahner // Alltag funktioniert einigermaßen, Unterstützung durch Ehefrau "im Bad" // früher oft nach Frankreich gereist // Treppen im Haus bzw. Stufen überhaupt sind problematisch

Ergebnisse des Gesprächs / Interviews: Benennung und Bedeutung der relevanten Betätigungen

Aktuell wichtigste Themen: Treppenbewältigung, sichere Mobilität, Selbstversorgung "Bad", Enkelkontakt
Perspektivisch: Haus- und Gartenarbeiten, größere Mobilitätsradius

Analyse der Betätigung(en) (Kontext, Aktivitäten, Funktion, Struktur)

| Betätigung | Analyseverfahren | Ergebnisse der Analyse |
|-------------------------|-----------------------------|--|
| Treppe steigen zu Hause | offene Beobachtung | Treppengeländer vor der ersten Stufe nicht gut erreichbar // Nachstellschritt // beide Hände am Geländer // insgesamt sehr wackelig // ängstlich // Kraft schwindet auf halber Strecke, Pause // s.a. Anlage |
| | Wählen Sie ein Element aus. | |
| | Wählen Sie ein Element aus. | |

Standardisierte Test- und Messverfahren / Assessments

| Bezeichnung | Ergebnisse der Test- und Messverfahren |
|-------------|--|
| TuG | s. Anlage |
| | |
| | |

[1B] Ergotherapeutische Diagnostik

Ergebnisse der ergotherapeutischen Diagnostik strukturiert nach ICF

Personbezogene Faktoren

z. B. Alter, Geschlecht, Gewohnheiten, Rollen, Werte, kultureller Hintergrund ...

Herr M, 64 Jahre, ehem. Installateur, frühberentet, begeisterter Modelleisenbahner und Chorsänger, gerne als Opa gefragt, Langschläfer, Selbständigkeit und Mobilität sind ihm wichtig, mag es, wenn alles "gut organisiert" ist

Umweltfaktoren (e) z. B. Familie, Wohnsituation, finanzielle Situation, Krankenversicherung, Arbeitssituation ...

Teilhabe / Aktivitäten (d) z. B. Arbeit / Schule / Kita, Freizeitaktivitäten, Haushalt, Mobilität, Selbstversorgung, Lagewechsel ...

Körperfunktionen (b) z. B. Bewegung, Tonus, kognitive und emotionale Funktionen, Schmerz ...

Körperstrukturen (s) z. B. Haut, Organe, Gewebe, Gelenke ...

Direktlink zur Suche in der ICF: <https://www.dimdi.de/static/de/klassifikationen/icf/icfhtml2005/>

| | | | | |
|---|-----------------------|--|------------|----------------------------------|
| 0 | kein Problem | (ohne, nicht vorhanden, unerheblich ...) | 0 – 4 % | |
| 1 | leichtes Problem | (schwach, gering, wenig, niedrig ...) | 5 – 24 % | |
| 2 | mittleres Problem | (mäßig ...) | 25 – 49 % | |
| 3 | großes Problem | (ernst, hoch, schwer, äußerst ...) | 50 – 95 % | F = Förderfaktor / Ressource (+) |
| 4 | vollständiges Problem | (komplett, total ...) | 96 – 100 % | B = Barriere / Defizit (-) |

| ICF-Komponente | Klient:in | | ET | F | B |
|----------------|---|---|----|---|---|
| b | Sprechen / Sprachverständnis: braucht etwas Zeit, mit vertrauten Personen besser | 1 | 1 | | × |
| b | Schmerz Knie und LWS (Grund für Frührente) | 3 | 3 | | × |
| e | Familie: Ehefrau und Tochter (wohnt nebenan) unterstützen gerne | 4 | 4 | × | |
| d | Enkelbetreuung: bisher war 1x/Woche Opa-Nachmittag, auch mit Aktivitäten außerhalb des Hauses | 3 | 3 | | |
| d | Selbstversorgung im Bad | 2 | 2 | | |
| d | Haus-/Gartenarbeiten | 4 | 3 | | |
| d | Chor, 1x wöchentlich, Tochter fährt ihn hin | 1 | 1 | × | |
| b | Armfunktion rechts: reduzierte Kraft, eingeschränkte feinmot. Koordination Hand (--> Modelleisenbahn, Anlage im DG) | 2 | 2 | | |
| d | Gehen mit Rollator: begrenzt durch eingeschränkte Ausdauer und ungünstige räumliche Gegebenheiten | 2 | 3 | | |
| e | Treppen: 4 Stufen vor dem Haus, Bad/Schlafzimmer im OG | 3 | 3 | | × |

[1B] Ergotherapeutische Diagnostik

Ergebnisse der ergotherapeutischen Diagnostik strukturiert nach ICF

Einordnung der ergotherapeutischen Diagnostik (Hypothesenbildung)
aus Klient:innen- und / oder Therapeut:innenperspektive

Mögliche Ursachen / Zusammenhänge für die Einschränkungen in der Aktivität / Teilhabe

Die funktionellen Einschränkungen (red. Kraft, Ausdauer, Koordination re, UE mehr als OE) aufgrund des Schlaganfalls beeinflussen verschiedene für Herrn M. relevante Aktivitäten in Alltag. Anpassungen in der Durchführung der Aktivitäten und des Umfeldes könnten eine erhebliche Verbesserung erzielen; das kognitive Potenzial und die Motivation von Herrn M sind eine erheblich Ressource zur Entwicklung wirksamer Veränderungen. Eine enge Einbeziehung der Ehefrau ist sinnvoll, damit sie an den passenden Stellen und in passendem Maße unterstützen kann. Eine Abstimmung mit der Physiotherapie auch bzgl. des Potenzials von Funktionsverbesserungen und Funktionstraining soll erfolgen.

Fortführung der Ergotherapie

Ja

Ja, wenn

Nein, aufgrund

falls Nein: Rückmeldung an Verordner:in ist erfolgt

Empfehlung einer weiteren / anderen Maßnahme zusätzlich

alternativ

Ende
weiter

[1C] Zieldefinition

 Name, Vorname, ggf. Geb.-Datum

Übergeordnetes Teilhabeziel:

max. 3 konkrete Ziele (Aktivitäten), Formulierung nach COAST-Kriterien

| Ziel 1 | vereinbart mit: | Klient:in |
|--|-------------------------------------|-----------|
| Client (Klient:in) | Herr M | |
| Occupation (Aktivität) | verlässt das Haus | |
| Assist Level (Hilfestellung/Unterstützung) | selbständig und sicher | |
| Specific Conditions (spez. Gegebenheiten) | über die Terrassentür, mit Rollator | |
| Timeline (Zeitangabe) | 4 Wochen | |

| Ziel 2 | vereinbart mit: | Klient:in |
|--|---|-----------|
| Client (Klient:in) | Herr M | |
| Occupation (Aktivität) | bewältigt die Treppe ins OG | |
| Assist Level (Hilfestellung/Unterstützung) | mit Unterstützung (Absicherung) durch eine Person | |
| Specific Conditions (spez. Gegebenheiten) | durch alternative Bewegungsabläufe + 4-Pkt-Gehstock | |
| Timeline (Zeitangabe) | 8 Wochen | |

| Ziel 3 | vereinbart mit: | Klient:in |
|--|---|-----------|
| Client (Klient:in) | Herr M | |
| Occupation (Aktivität) | plant Aktivitäten, dass Treppengänge reduziert werden | |
| Assist Level (Hilfestellung/Unterstützung) | in Absprache mit seiner Frau | |
| Specific Conditions (spez. Gegebenheiten) | auf Grundlage eines Aktivitätenplans für die Woche | |
| Timeline (Zeitangabe) | 2 Wochen | |

Aktueller Status der Ausführung (Ausgangslage)

| Ziel | Formale Ausführung 10 = vollständig möglich 1 = in keiner Weise möglich | Zufriedenheit Klient:in <i>aktueller Stand</i> 10 = absolut zufrieden 1 = vollkommen unzufrieden | Anmerkung |
|--------|---|---|------------------|
| Ziel 1 | 3 | 4 | |
| Ziel 2 | 5 | 2 | Angst vor Sturz! |
| Ziel 3 | 6 | 4 | |

 Die Ziele wurden gemeinsam mit Klient:in vereinbart am

 Verantwortliche:r Ergotherapeut:in


[1A]
Screening**[1D] Therapieplanung**[1B]
Diagnostik**Heilmittel/Therapiemaßnahme** wie verordnet Anpassung auf nach Rücksprache mit Verordner:in auf Grundlage einer Blankoverordnung**Therapiefrequenz** wie verordnet Anpassung auf nach Rücksprache mit Verordner:in auf Grundlage einer Blankoverordnung[1C]
Zieldefinition**Therapeutisch begründete Unterbrechung**

von/bis:

Therapiekontext Praxis / Klinik telemedizinische Durchführung Hausbesuch (zu Hause / Pflegeeinrichtung) tagesstrukturierende Einrichtung: anderer Betätigungskontext:**Form** Einzeltherapie Gruppentherapie parallele Therapie[1D]
Therapieplanung**Ergotherapeutische Interventionen zur Zielerreichung**

Sturzprophylaxe (Funktionstraining, Eigenübungen, Beratung + Umwelтанpassung)
Anpassung der Durchführung von Aktivitäten
Hilfsmittelerprobung und ggf. Versorgung

[2]
Therapiedurchführung**Planung Zwischenevaluation**

Zeitpunkt für Zwischenevaluation

in 6-8 Wochen

[3]
Evaluation Die Therapieplanung wurde gemeinsam mit Klient:in abgestimmt am

04.07.2022

Verantwortlicher Ergotherapeut:in

EE

Ende
weiter[4]
Weiteres Prozedere

[2] Therapiedurchführung

Name, Vorname, ggf. Geb.-Datum

Max Muster, 01.06.1957

| | |
|--------|----------------|
| Ziel 1 | Haus verlassen |
| Ziel 2 | Treppe OG |
| Ziel 3 | Wochenplan |

| |
|---------------------------------------|
| Memo / wichtige Hinweise |
| Sturzgefahr, Schmerzen, Blutverdünner |

| Nr. | Datum | Module ¹ (Mehrfachnennungen möglich) | Therapiekontext / Form | Therapiedauer (Min.) | Ziele | Therapieinhalte / Maßnahmen / Status Zielerreichung | Besonderheiten / kritische Situationen ² | Therapeut:in (Kürzel) |
|-----|------------|---|---|----------------------|---|---|---|-----------------------|
| 1 | 20.06.2022 | <input checked="" type="checkbox"/> [2] | ET-Praxis <input checked="" type="checkbox"/> Einzeltherapie <input type="checkbox"/> parallele Therapie <input type="checkbox"/> Gruppentherapie | 45 | <input checked="" type="checkbox"/> Modul 1 | Organisatorisches, Information zu ET, Anliegen, Beginn Diagnostik <input checked="" type="checkbox"/> Therapie entsprechend der Ziele <input type="checkbox"/> Anpassung der Therapie notwendig | <input checked="" type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja: | EE |
| | | <input checked="" type="checkbox"/> [3] | | | <input type="checkbox"/> Z 1 | | | |
| | | <input type="checkbox"/> [1C] | | | <input type="checkbox"/> Z 2 | | | |
| | | <input type="checkbox"/> [1D] | | | <input type="checkbox"/> Z 3 | | | |
| 2 | 27.06.2022 | <input checked="" type="checkbox"/> [1A] | ET-Praxis <input checked="" type="checkbox"/> Einzeltherapie <input type="checkbox"/> parallele Therapie <input type="checkbox"/> Gruppentherapie | 45 | <input checked="" type="checkbox"/> Modul 1 | s. 1B Diagnostik, TuG-Test; Umfeldberatung; Ziele konkreterisieren, Ab-/Rücksprache mit Ehefrau; Hausbesuch abstimmen <input checked="" type="checkbox"/> Therapie entsprechend der Ziele <input type="checkbox"/> Anpassung der Therapie notwendig | <input checked="" type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja: | EE |
| | | <input checked="" type="checkbox"/> [3] | | | <input type="checkbox"/> Z 1 | | | |
| | | <input checked="" type="checkbox"/> [4] | | | <input type="checkbox"/> Z 2 | | | |
| | | <input checked="" type="checkbox"/> [1D] | | | <input type="checkbox"/> Z 3 | | | |
| 3 | 04.07.2022 | <input checked="" type="checkbox"/> [1A] | Hausbesuch/Pflegeeinrichtung <input checked="" type="checkbox"/> Einzeltherapie <input type="checkbox"/> parallele Therapie <input type="checkbox"/> Gruppentherapie | 45 | <input type="checkbox"/> Modul 1 | Betätigungsanalyse Treppensteigen, Rollatorhandlung; <input type="checkbox"/> Therapie entsprechend der Ziele <input checked="" type="checkbox"/> Anpassung der Therapie notwendig | <input checked="" type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja: | EE |
| | | <input type="checkbox"/> [1B] | | | <input type="checkbox"/> Z 1 | | | |
| | | <input type="checkbox"/> [1C] | | | <input type="checkbox"/> Z 2 | | | |
| | | <input type="checkbox"/> [1D] | | | <input type="checkbox"/> Z 3 | | | |

¹ Bedeutung der Ziffern entsprechend der Begriffe in der Farbleiste ² z.B. Risikofaktoren [1B] o. HMR / RV Abbruchfaktoren; Fristen → Evaluation

[2] Therapiedurchführung

Name, Vorname, ggf. Geb.-Datum

Max Muster, 01.06.1957

| Nr. | Datum | Module ¹ (Mehrfachnennungen möglich) | Therapiekontext / Form | Therapiedauer (Min.) | Ziele | Therapieinhalte / Maßnahmen / Status Zielerreichung | Besonderheiten / kritische Situationen ² | Therapeut:in (Kürzel) |
|-----|------------|---|--|----------------------|---|--|---|-----------------------|
| 4 | 11.07.2022 | [1A] | ET-Praxis <input type="checkbox"/> Einzeltherapie <input type="checkbox"/> parallele Therapie <input type="checkbox"/> Gruppentherapie | 60 | <input type="checkbox"/> Modul 1 <input type="checkbox"/> Z 1 <input type="checkbox"/> Z 2 <input checked="" type="checkbox"/> Z 3 | Sturzprophylaxe + Wiederaufstehen nach Sturz Aktivitätenplan; <input type="checkbox"/> Therapie entsprechend der Ziele <input checked="" type="checkbox"/> Anpassung der Therapie notwendig | <input type="checkbox"/> nein <input checked="" type="checkbox"/> ja: Sturz am Wochenende, keine Verletzung, Angst! | EE |
| | | [1B] | | | | | | |
| | | [1C] | | | | | | |
| | | [1D] | | | | | | |
| 5 | 14.07.2022 | [1A] | Hausbesuch/Pflegeeinrichtung <input type="checkbox"/> Einzeltherapie <input type="checkbox"/> parallele Therapie <input type="checkbox"/> Gruppentherapie | 45 | <input type="checkbox"/> Modul 1 <input type="checkbox"/> Z 1 <input checked="" type="checkbox"/> Z 2 <input type="checkbox"/> Z 3 | Beratung Umfeldanpassung --> Sturzprophylaxe Treppensteigen (4 Stufen) --> starke Absicherung, alternative Durchführungsmöglichkeiten (seitlich gehen, links zuerst) <input checked="" type="checkbox"/> Therapie entsprechend der Ziele <input type="checkbox"/> Anpassung der Therapie notwendig | <input checked="" type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja: | EE |
| | | [1B] | | | | | | |
| | | [1C] | | | | | | |
| | | [1D] | | | | | | |
| 6 | 18.07.2022 | [1A] | Hausbesuch/Pflegeeinrichtung <input type="checkbox"/> Einzeltherapie <input type="checkbox"/> parallele Therapie <input type="checkbox"/> Gruppentherapie | 45 | <input type="checkbox"/> Modul 1 <input type="checkbox"/> Z 1 <input checked="" type="checkbox"/> Z 2 <input type="checkbox"/> Z 3 | Treppensteigen (4 Stufen) --> Hilfsmittel 4-Punkt Stock erproben; Ausdauer-/Kraftübungen für zu Hause (Anleitung + Übungszeitel ausgehändigt); Fortbewegung im Badezimmer --> Haltegriffe statt Rollator Tochter kommt dazu; Beratung Sturzprophylaxe <input checked="" type="checkbox"/> Therapie entsprechend der Ziele <input type="checkbox"/> Anpassung der Therapie notwendig | <input type="checkbox"/> nein <input checked="" type="checkbox"/> ja: Gespräch mit Tochter; Anliegen "Sturzvermeidung" | EE |
| | | [1B] | | | | | | |
| | | [1C] | | | | | | |
| | | [1D] | | | | | | |

¹ Bedeutung der Ziffern entsprechend der Begriffe in der Farbleiste ² z.B. Risikofaktoren [1B] o. HMR / RV Abbruchfaktoren; Fristen → Evaluation

[2] Therapiedurchführung

Name, Vorname, ggf. Geb.-Datum

Max Muster, 01.06.1957

| Nr. | Datum | Module ¹ (Mehrfachnennungen möglich) | Therapiekontext / Form | Therapiedauer (Min.) | Ziele | Therapieinhalte / Maßnahmen / Status Zielerreichung | Besonderheiten / kritische Situationen ² | Therapeut:in (Kürzel) |
|-----|------------|---|---|----------------------|---|---|---|-----------------------|
| 7 | 25.07.2022 | [1A] | Hausbesuch/Pflegeeinrichtung <input checked="" type="checkbox"/> Einzeltherapie <input type="checkbox"/> parallele Therapie <input type="checkbox"/> Gruppentherapie | 45 | <input type="checkbox"/> Modul 1 | Überprüfung Aktivitätenplan - geringe Anpassungen Rollatorhandlung; Schwelle Terrasse, Reihenfolge des Ablaufs, Positionierung Rollator <input checked="" type="checkbox"/> Therapie entsprechend der Ziele <input type="checkbox"/> Anpassung der Therapie notwendig | <input checked="" type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja: | |
| | | [1B] | | | <input checked="" type="checkbox"/> Z 1 | | | |
| | | [1C] | | | <input checked="" type="checkbox"/> Z 2 | | | |
| | | [1D] | | | <input type="checkbox"/> Z 3 | | | |
| 8 | 01.08.2022 | [1A] | ET-Praxis <input checked="" type="checkbox"/> Einzeltherapie <input type="checkbox"/> parallele Therapie <input type="checkbox"/> Gruppentherapie | 45 | <input type="checkbox"/> Modul 1 | Zwischenevaluation (s. 3A) Eigenübungsprogramm <input type="checkbox"/> Therapie entsprechend der Ziele <input type="checkbox"/> Anpassung der Therapie notwendig | <input type="checkbox"/> nein <input checked="" type="checkbox"/> ja: Thema Gleichgewicht und Sturz: --> Wohnungsberatung + eigenständiges Gleichgewichtstraining | |
| | | [1B] | | | <input checked="" type="checkbox"/> Z 1 | | | |
| | | [1C] | | | <input checked="" type="checkbox"/> Z 2 | | | |
| | | [1D] | | | <input checked="" type="checkbox"/> Z 3 | | | |
| 9 | 15.08.2022 | [1A] | Hausbesuch/Pflegeeinrichtung <input checked="" type="checkbox"/> Einzeltherapie <input type="checkbox"/> parallele Therapie <input type="checkbox"/> Gruppentherapie | 45 | <input type="checkbox"/> Modul 1 | Aufwärm-/Gleichgewichtsübungen; Reflexion Eigenübungsprogramm Wohnungsberatung (Stolperfallen, Handling Rollator, Beleuchtung, stabilisierende Maßnahmen vor Lagewechsel oder Fortbewegung) <input checked="" type="checkbox"/> Therapie entsprechend der Ziele <input type="checkbox"/> Anpassung der Therapie notwendig | <input type="checkbox"/> nein <input checked="" type="checkbox"/> ja: Therapieausfall letzte Woche wg. starker Erkältung, immer noch etwas schlapp | |
| | | [1B] | | | <input type="checkbox"/> Z 1 | | | |
| | | [1C] | | | <input checked="" type="checkbox"/> Z 2 | | | |
| | | [1D] | | | <input type="checkbox"/> Z 3 | | | |

¹ Bedeutung der Ziffern entsprechend der Begriffe in der Farbleiste ² z.B. Risikofaktoren [1B] o. HMR / RV Abbruchfaktoren; Fristen → Evaluation

[2] Therapiedurchführung

Name, Vorname, ggf. Geb.-Datum

Max Muster, 01.06.1957

| Nr. | Datum | Module ¹ (Mehrfachnennungen möglich) | Therapiekontext / Form | Therapiedauer (Min.) | Ziele | Therapieinhalte / Maßnahmen / Status Zielerreichung | Besonderheiten / kritische Situationen ² | Therapeut:in (Kürzel) |
|-----|------------|---|---|----------------------|---|---|--|-----------------------|
| 10 | 22.08.2022 | [1A] | Hausbesuch/Pflegeeinrichtung <input checked="" type="checkbox"/> Einzeltherapie <input type="checkbox"/> parallele Therapie <input type="checkbox"/> Gruppentherapie | 45 | <input type="checkbox"/> Modul 1 | Treppensteigen (ganze Treppe), seitlich, kein Hilfsmittel, Ehefrau sichert "nur" ab <input checked="" type="checkbox"/> Therapie entsprechend der Ziele <input type="checkbox"/> Anpassung der Therapie notwendig | <input type="checkbox"/> nein heute Vertretung von EE durch HH | HH |
| | | [1B] | | | <input type="checkbox"/> Z 1 | | | |
| | | [1C] | | | <input checked="" type="checkbox"/> Z 2 | | | |
| | | [1D] | | | <input type="checkbox"/> Z 3 | | | |
| 11 | 29.08.2022 | [1A] | Hausbesuch/Pflegeeinrichtung <input checked="" type="checkbox"/> Einzeltherapie <input type="checkbox"/> parallele Therapie <input type="checkbox"/> Gruppentherapie | 45 | <input type="checkbox"/> Modul 1 | Treppensteigen nochmals "begleiten" und Abläufe überprüfen; "neues" Thema: Selbstversorgung und Gleichgewicht; Ziele überlegen <input type="checkbox"/> Therapie entsprechend der Ziele <input checked="" type="checkbox"/> Anpassung der Therapie notwendig | <input type="checkbox"/> nein Ziele Selbstversorgung müssen noch konkretisiert werden | EE |
| | | [1B] | | | <input type="checkbox"/> Z 1 | | | |
| | | [1C] | | | <input checked="" type="checkbox"/> Z 2 | | | |
| | | [1D] | | | <input type="checkbox"/> Z 3 | | | |
| 12 | 31.08.2022 | [1A] | ET-Praxis <input checked="" type="checkbox"/> Einzeltherapie <input type="checkbox"/> parallele Therapie <input type="checkbox"/> Gruppentherapie | 45 | <input type="checkbox"/> Modul 1 | Reflexion/Überprüfung Eigenübungen Abschlussevaluation Vorbereitung/Planung neuer Verordnung + Inhalte der ET Therapiebericht besprechen <input type="checkbox"/> Therapie entsprechend der Ziele <input checked="" type="checkbox"/> Anpassung der Therapie notwendig | <input type="checkbox"/> nein neue Verordnung klären | EE |
| | | [1B] | | | <input type="checkbox"/> Z 1 | | | |
| | | [1C] | | | <input type="checkbox"/> Z 2 | | | |
| | | [1D] | | | <input type="checkbox"/> Z 3 | | | |

¹ Bedeutung der Ziffern entsprechend der Begriffe in der Farbleiste ² z.B. Risikofaktoren [1B] o. HMR / RV Abbruchfaktoren; Fristen → Evaluation

[3A] ZwischenevaluationName, Vorname, ggf. Geb.-Datum **Anlass**

geplant

anlassbezogen aufgrund von **Zielerreichung**

| Ziel | Formale Ausführung 10 = vollständig möglich 1 = in keiner Weise möglich | Zufriedenheit Klient:in <i>aktueller Stand</i> 10 = absolut zufrieden 1 = vollkommen unzufrieden | Anmerkung |
|--------|---|---|--|
| Ziel 1 | 8 | 8 | Idealer wäre es, wenn die Treppen vor dem Haus möglich wären |
| Ziel 2 | 7 | 8 | Sturzangst geringer, aber immer noch Thema |
| Ziel 3 | 7 | 9 | war am Anfang hilfreich, ist nicht mehr so wichtig |

Standardisierte Test- und Messverfahren / Assessments

| Bezeichnung | Ergebnis |
|-------------|----------|
| | |
| | |
| | |

Zusammenfassung der Zwischenevaluation

zusätzliches Ziel: Sturzprophylaxe intensivieren -->Eigenübungsprogramm und Wohnraumanpassung

Modifikation Ziel 1 bzw. Nachfolgeziel: Haus über die Haustür und die Stufen dort verlassen können

Ergebnis der Zwischenevaluation

die Ziele müssen angepasst werden



Die Zwischenevaluation wurde gemeinsam mit Klient:in besprochen am

Ende
weiter

Verantwortliche:r Ergotherapeut:in

[3B] Abschlussevaluation

Anlass

Zielerreichung

Ende des Verordnungsfalls

Abbruch der Therapie

Zielerreichung

| Ziel | Formale Ausführung 10 = vollständig möglich 1 = in keiner Weise möglich | Zufriedenheit Klient:in <i>aktueller Stand</i> 10 = absolut zufrieden 1 = vollkommen unzufrieden | Anmerkung |
|--------|---|---|------------------------------------|
| Ziel 1 | 9 | 8 | nächste VO --> Treppen vor Haustür |
| Ziel 2 | 8 | 8 | "erledigt" |
| Ziel 3 | 7 | -- | hat sich überholt |

Standardisierte Test- und Messverfahren / Assessments

| Bezeichnung | Ergebnis |
|-------------|-----------|
| TuG | s. Anlage |
| | |
| | |

Veränderungen im Vergleich zur Diagnostik strukturiert nach ICF
nur bei Abschlussevaluation bzw. vor neuer Zielsetzung (entfällt bei Zwischenevaluation)

Bitte ZUERST die Folgeseite ausfüllen und dann hier weiter.

Zusammenfassung der Abschlussevaluation

aktuelle Ziele soweit erreicht, Sturzprävention war/ist durchgängig Thema, weitere Ziele sind noch offen zu den Themenfeldern: Selbstversorgung, Enkeltag, Mobilität außer Haus, Haus&Garten, Modelleisenbahn?

Ergebnis der Abschlussevaluation

es sind noch (neue) Ziele offen

Personbezogene Faktoren

z. B. Alter, Geschlecht, Gewohnheiten, Rollen, Werte, kultureller Hintergrund ...

Herr M, 64 Jahre, ehem. Installateur, frühberentet, begeisterter Modelleisenbahner und Chorsänger, gerne als Opa gefragt, Langschläfer, Selbständigkeit und Mobilität sind ihm wichtig, mag es, wenn alles "gut organisiert" ist

Tochter ist ebenfalls große Unterstützung, besonders "mental"; Ehefrau fühlt sich wesentlich sicherer

Umweltfaktoren (e)

z. B. Familie, Wohnsituation, finanzielle Situation, Krankenversicherung, Arbeitssituation ...

Teilhabe / Aktivitäten (d)

z. B. Arbeit / Schule / KiTa, Freizeitaktivitäten, Haushalt, Mobilität, Selbstversorgung, Lagewechsel ...

Körperfunktionen (b)

z. B. Bewegung, Tonus, kognitive und emotionale Funktionen, Schmerz ...

Körperstrukturen (s)

z. B. Haut, Organe, Gewebe, Gelenke ...

Direktlink zur Suche in der ICF: <https://www.dimdi.de/static/de/klassifikationen/icf/icfhtml2005/>

| | | | | |
|---|-----------------------|--|------------|----------------------------------|
| 0 | kein Problem | (ohne, nicht vorhanden, unerheblich ...) | 0 – 4 % | |
| 1 | leichtes Problem | (schwach, gering, wenig, niedrig ...) | 5 – 24 % | |
| 2 | mittleres Problem | (mäßig ...) | 25 – 49 % | |
| 3 | großes Problem | (ernst, hoch, schwer, äußerst ...) | 50 – 95 % | F = Förderfaktor / Ressource (+) |
| 4 | vollständiges Problem | (komplett, total ...) | 96 – 100 % | B = Barriere / Defizit (-) |

| ICF-Komponente | Klient:in | Eingangsdiagnostik | | Abschlussevaluation | | F | B |
|----------------|--|--------------------|-----------------|---------------------|---|---|---|
| | | ET | Bitte auswählen | ET | | | |
| b | Sprechen / Sprachverständnis: braucht etwas Zeit, mit vertrauten Personen besser | 1 | 1 | 0 | 0 | | × |
| b | Schmerz Knie und LWS (Grund für Frührente) | 3 | 3 | 2 | 2 | | × |
| e | Familie: Ehefrau und Tochter (wohnt nebenan) unterstützen gerne | 4 | 4 | 3 | 3 | × | |
| d | Enkelbetreuung: bisher war 1x/Woche Opa-Nachmittag, auch mit Aktivitäten außerhalb des Hauses | 3 | 3 | 3 | 3 | | |
| d | Selbstversorgung im Bad | 2 | 2 | 1 | 2 | | |
| d | Haus-/Gartenarbeiten | 4 | 3 | 3 | 3 | | |
| d | Chor, 1x wöchentlich, Tochter fährt ihn hin | 1 | 1 | 0 | 0 | | × |
| b | Armfunktion rechts: reduzierte Kraft, eingeschränkte feinmot. Koordination Hand (--> Modelleisenbahn, Anlage im DG) + | 2 | 2 | 1 | 1 | | |

Die Abschlussevaluation wurde gemeinsam mit Klient:in besprochen am **31.08.2022**

Ende
weiter

Verantwortliche:r Ergotherapeut:in **EE**

[4A] Bestimmung des weiteren Prozederes nach Zwischenevaluation

[1A]
Screening

[1B]
Diagnostik

[1C]
Zieldefinition

[1D]
Therapieplanung

[2]
Therapiedurchführung

[3]
Evaluation

[4]
Weiteres Prozedere

Fortführung der Ergotherapie mit Anpassung der Zielsetzung [1C]

Empfehlung einer weiteren / anderen Maßnahme

zusätzlich

alternativ

Das weitere Prozedere wurde gemeinsam mit Klient:in besprochen am

01.08.2022

Ende
weiter

Verantwortliche:r Ergotherapeut:in

EE

[1A]
Screening**[4B] Bestimmung des weiteren Prozederes
nach Abschlussevaluation**[1B]
Diagnostik

neue Verordnung klären

Therapiebericht

an

kurzer Bericht

Dr. Heil

[1C]
Zieldefinition

Empfehlung einer weiteren / anderen Maßnahme



zusätzlich



alternativ

Fortführung auch der Physiotherapie

[1D]
Therapieplanung

Das weitere Prozedere wurde gemeinsam mit Klient:in besprochen am

31/8/22

Ende
weiter

Verantwortliche:r Ergotherapeut:in

EE

[2]
Therapiedurchführung[3]
Evaluation[4]
Weiteres Prozedere

Notizen

[1A]
Screening[1B]
Diagnostik[1C]
Zieldefinition[1D]
Therapieplanung[2]
Therapiedurchführung[3]
Evaluation[4]
Weiteres Prozedere

Anlagen

- TuG 2x
- Eigenübungsprogramm
- Beobachtungen Betätigungsanalyse (ausführliche Doku)

Stellen Sie sicher, dass sich die Notizen innerhalb des Tools zuordnen lassen (Verweise); ggf. Datumsangabe.