

Klientenaufkleber oder folgende Daten zum Klienten:

Name, Vorname: _____ Geschlecht: m w

Geboren am: _____ Telefon: _____

Straße: _____ PLZ/Ort: _____

Kostenträger: _____ Privatpatient: ja nein

Versichert (über): Mitglied Partner Mutter Vater Rentner

Gesetzliche Betreuung: _____

Beginn der Ergotherapie (Datum)

Weitere Angaben

Name des Therapeuten

Weitere Ärzte / Kliniken / Therapeuten / Betreuer / Pflegedienst/e

Behandelnder / Verordnender Arzt (ggf. auch Telefon / E-Mail / Fax)

Kontaktperson des Klienten (Name und Telefon)

Diagnose

Nebendiagnosen

Risikofaktoren

Epilepsie Infektiöse Erkrankung: _____

Suizidalität Implantate/Metall

Herzkrankung Bluthochdruck Schrittmacher/Defibrillator

Therapierelevante Medikamente (z. B. Marcumartherapie)

Ärztlicher Behandlungsauftrag

Weshalb kommt der Klient zur Ergotherapie? Was sind seine Erwartungen?

Weitere Kontextfaktoren (Umweltfaktoren, personbezogene Faktoren) / **Anamnese**

Eigenanamnese Klient **Fremdanamnese** durch: _____ Datum: _____
(z.B. Angehörige)

Kindergarten, Schule, Beruf, Ehrenamt (derzeitige Tätigkeit, relevante weitere Angaben)

Wohnsituation und häusliches Umfeld (z.B. Lage der Wohnung, Einkaufsmöglichkeiten vor Ort, öffentliche Verkehrsmittel, Auto)

Vorhandene Hilfsmittel, soziale Hilfen (z.B. Pflegedienst) **und Adaptationen von Wohnraum / Schule / Arbeitsplatz**

Brille Hörgerät

Stock Rollator

Unterarmgehstütze/n Rollstuhl

Benötigte Hilfsmittel, soziale Hilfen (z.B. Pflegedienst) **Adaptationen von Wohnraum / Schule / Arbeitsplatz**

Soziales Umfeld

Weitere Angaben (z.B. Herkunft / Muttersprache, Krankengeschichte, bisherige Entwicklung, Erleben des Klienten, Werte, Interessen, Stärken)

Besonders relevante Kontextfaktoren

(Umweltfaktoren / personbezogene Faktoren, die in der aktuellen Situation (s.u.) als Förderfaktoren (+) oder Barrieren (-) auf die Funktionsfähigkeit des Klienten wirken)

Händigkeit (falls relevant): links rechts

Funktionsfähigkeit aus Sicht des Klienten

Eigenanamnese
Klient

Fremdanamnese
(z.B. Angehörige)

durch:

Datum:

Betätigungen (Aktivitäten und Teilhabe)

siehe Ergebnisse von COPM/COSA/OSA / ... (Anlage)

Körperfunktionen und -strukturen

(z.B. Kraft, Gedächtnis), ggf. auch Aktivitäten (z.B. gehen, greifen, sich konzentrieren)

Ziele des Klienten

Ggf. Ziele wichtiger Bezugspersonen (z.B. Angehörige, Lehrer, Pflegekräfte)



Ergänzungen aus Sicht des Therapeuten/Analyse

Aktivitäten und Teilhabe Fähigkeiten (+) und Beeinträchtigungen (-)	Körperfunktionen und -strukturen, ggf. auch Aktivitäten*	Kontextfaktoren (Umwelt- und personbezogene Faktoren)*
z.B. in den Bereichen Alltägliche Aufgaben und Anforderungen, Mobilität, Selbstversorgung, Haushaltsführung, Erwerbstätigkeit, Schule, Gemeinschaftsleben, Erholung und Freizeit (s. ICF/ICF-CY)	z.B. in den Bereichen Kognition, Wahrnehmung, Sensomotorik, Sprache, sozioemotionale Fähigkeiten (s. ICF/ICF-CY)	z.B. Motivation, Coping-Strategien, häusliche, berufliche oder schulische Umwelt (s. ICF/ICF-CY)

* die sich förderlich (+) oder behindernd (-) auf die Lebensbereiche (Aktivitäten und Teilhabe) auswirken

Vereinbarte Therapieziele Datum: _____ ggf. Bewertung:

Therapieplanung

Datum	Therapieziel (Was soll erreicht werden?)	Maßnahme, Material und Zuständigkeiten (Wer tut was, wann, wie, wo, wie oft?)	Zeitraum (Bis wann?)

Verlaufsdokumentation

Datum	Leistungsart	Verlauf (Inhalt/besondere Ereignisse in der Therapie)	Bemerkungen