

# ABSCHLUSSBERICHT Physio- / Ergotherapie

## Krankenhaus / Reha-Zentrum (entspr. Name eintragen)



Qualität durch  
Vernetzung

<b>Patient/in</b> evtl. Aufkleber
Name: _____
Vorname: _____
Geb.datum: _____

Vorbehandelnde Therapeut/inn/en			
Name	Fachgebiet	Telefon	Erreichbarkeit günstige Tage/Zeiten
	○		
	○		
	○		

**Diagnose/n:**  
Relevante Nebendiagnose/n:  
  
OP-Datum:

**! Bitte um  
Rücksprache !**  
○ hinter entspr. Namen !

Für Therapie relevante **Medikation:**  
  
Gabe durch PEG ○

**Schmerzen**

in Ruhe	○
bei Belastung	○
Bedarfsmedikation	○
Dauermedikation	○

Hilfsmittel						
Art des Hilfsmittels	vorhanden	beantragt am	beantragt von	bestellt wo	Beantragung empfohlen	
Rollator	○				○	
Rollstuhl	○				○	
UAGehstützen	○				○	
	○				○	
	○				○	

**CHIRURGIE / ORTHOPÄDIE**

**Belastung** Vollbelastung ○ Teilbelastung \_\_\_\_\_ kg ohne Belastung ○

**Beweglichkeit** betr. Gelenk: \_\_\_\_\_ ° / \_\_\_\_\_ ° / \_\_\_\_\_ °

**Beweglichkeit** betr. Gelenk: \_\_\_\_\_ ° / \_\_\_\_\_ ° / \_\_\_\_\_ °

**Beweglichkeit** betr. Gelenk: \_\_\_\_\_ ° / \_\_\_\_\_ ° / \_\_\_\_\_ °

**Erlaubte Bewegungsrichtung/-ausmaß:** \_\_\_\_\_

**Abnahme** Schiene / Verband für die Therapie: JA ○ NEIN ○

SONSTIGES (z.B. Ödeme):

**NEUROLOGIE**

<b>Transfer</b> Rückenlage-Sitz	selbständig ○	mit Hilfe ○		
Sitz-Stand	selbständig ○	mit Hilfe ○		
Boden-Stand	selbständig ○	mit Hilfe ○		
<b>Gang</b> ebener Untergrund	sicher ○	mit Hilfsmittel ○	mit HelferIn ○	
unebener Untergrund	sicher ○	mit Hilfsmittel ○	mit HelferIn ○	
<b>Treppe</b> auf ○	alternierend ○	Beistellschritt ○	Halt am Geländer ○	
ab ○	alternierend ○	Beistellschritt ○	Halt am Geländer ○	
<b>Zusatzproblematik</b>	Aphasie ○	Neglect ○	Sehstörung ○	Schwindel ○
Sturzgefahr ○	Sublux. Schulter ○	Instabilität OSG ○	Ödeme ob.Extr. ○	Ödeme u. Ext. ○

SONSTIGES (z.B. zu Schmerzen) :

**Besonderheiten**

Häusliche Beratung zur Wohnraumadaptation erfolgt: NEIN ○ JA ○ →

Datum/Unterschrift TherapeutIn:

*Bitte kopieren und den Bericht an Patient/in zurückgeben*