**Anmeldung für**  **stationäre /**  **ambulante Ergotherapie im Bereich Handrehabilitation**

KLEBER

Name/Vorname:       Abteilung:       Telefon:

Diagnosen:

Relevante Nebendiagnosen:

Infektiöse Krankheit:

Cave:

**Therapie**: Dringlichkeit:  spätestens am       (garantiert am übernächsten Arbeitstag)

frühestens am

Procedere  nach Schema

wie folgt:

Funktionstraining  Oedembehandlung  Narbenbehandlung

Desensibilisierung  Sensibilitätstraining

Abklärung mechanische Allodynie

Gelenkschutzinstruktion  Hilfsmittelabklärung:

passive Massnahmen:  Elektrotherapie Muskelstimulation  TENS  Ultraschall  Laser

Handkinetec  Paraffin

|  |  |
| --- | --- |
| Derzeit erlaubt: | In folgenden Gelenken, resp. Muskeln: |
| **keine** Bewegung |  |
| aktiv |  |
| passiv |  |
| Bewegungsausmass Richtung  limitiert auf      ° |  |
| schmerzadaptiert: |  |
| **keine** Kraft |  |
| Kraft: Teilbelastung, z. B. Tasse Kaffee anheben |  |
| Kraft Vollbelastung |  |

Schiene durch Ergotherapie => Hinweise auf der Schienenverordnung beachten (separate Datei):

Nur Schiene

Anzahl Behandlungen:       mal Behandlungsfrequenz:

Bemerkungen:

nächster Kontrolltermin beim Arzt:

vor Behandlungsbeginn Rücksprache mit dem verordnenden Arzt erwünscht

Datum:       Unterschrift des Arztes & Tel.: ………………….………………………………