**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.: ………………….………………………………