

Name, Vorname	
Geburtsdatum	
Diagnose lt. Verordnung	
Menge Therapieeinheiten	

① **verordnetes Heilmittel**

- ☐ sensomotorisch- perzeptive Behandlung
- ☐ motorisch- funktionelle Behandlung
- ☐ psychisch- funktionelle Behandlung
- ☐ neuropsychologisch orientierte Therapie/ Hirnleistungstraining
- ☐ Gruppe
- ☐ Hausbesuch

② Clinical- Reasoning: Pre-Assessment-Image

[illegible]

[illegible]

Tagesablauf

③ Clinical- Reasoning: Cue- Aquisition

Informationen zur Biographie

	Vergangenheit	heute
Soziale Anamnese (Familie, Kinder etc ...) soziale Partizipation		
berufliche Anamnese (Schule, Ausbildung, Beruf ...) Lebensbereich Produktivität		
Hobbies, Interessen ... Lebensbereich Freizeit		

Biographische Daten

④ Clinical- Reasoning: Cue- Aquisition

Anliegen an die Ergotherapie**⑤ formuliert durch**

- ☐ Angehörige
- ☐ Klient*in
- ☐ Betreuungsperson (en)
- ☐ weitere:

**Anliegen an die Ergotherapie**

Anliegen können vom Klienten selbst formuliert sein und/ oder auch von Angehörigen, betreuenden Personen etc.

⑥ eingesetztes Assessment

- | | |
|-------------------------------|--------------------------------|
| ☐ COPM | ☐ weitere: |
| ☐ OPHI-II | ☐ ohne |
| ☐ OSA | |

3 Erheben und Bewerten: Handlungsanalyse

⑦ Beobachtete ADL

- Beschreibung Setting
- Datum der Beobachtung
- ADL:



Beobachtung und Beurteilung

motorischer Fähigkeiten
prozesshafter Fähigkeiten
sozial- kommunikativer Fähigkeiten

Teilschritt	Beobachtete beeinträchtigte Fähigkeiten

Handlungsanalyse

Verbindungen zu kognitive Symptome
Demenz herstellen
weiter: Bedürfnisse, Erleben und Verhalten

