1	Eintr	eten:	Die	Veror	dnung
---	-------	-------	-----	-------	-------

Name, Vorname	
Geburtsdatum	
Diagnose lt. Verordnung	
Menge Therapieeinheiten	
Daten des Klienten	
① verordnetes Heilmittel	
sensomotorisch- perzeptive Behandlung motorisch- funktionelle Behan psychisch- funktionelle Behan	
② 🔊 Clinical- Reasoning: Pre-Ass	sessment-Image

2 Erwartungen: Betätigungsprofil

Uhrzeit	Aktivität	Hilfebedarf	Veränderungsb edarf (Wunsch)
Tagesablauf			

Tagesablauf

3	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					
An	liegen an die Ergotherap	ie	_	en an die Ergotherapie	
<u></u>	formuliert durch Angehörige Klient*in Betreuungsperson (en) weitere:		formul	en können vom Klienten selbst iert sein und/ oder auch von örigen, betreuenden Personen	
	Weitere.	6 ein	gesetztes As	sessment	
		Ö	COPM OPHI-II OSA	weitere:ohne	

3 Erheben und Bewerten: Handlungsanalyse



- Beschreibung Setting
- Datum der Beobachtung
- ADL:

:Ÿ:	
_	

Beobachtung und Beurteilung

motorischer Fähigkeiten prozesshafter Fähigkeiten sozial- kommunikativer Fähigkeiten

Teilschritt	Beobachtete beeinträchtigte Fähigkeiten

Handlungsanalyse

8	*Clinical- Reasoning: mögliche Ursachen der beeinträchtigten Fähigkeiten (Diagnose, Setting etc. PEO)	0	AB Beobachtungen Verbindungen zu kognitive Symptome Demenz herstellen weiter: Bedürfnisse, Erleben und Verhalten

Naı	me:	Befunder	hebung Demenz	19.03.202
We	eiterführende Te	sts und Unte	ersuchungen	
9	eingesetzte Tests uns Assessments ① MoCA ① Mobilitätstest: ① weitere:		esetzten Tests	
(11)		tergebnisse die I e lassen sich zun	Beobachtungen? n Anliegen an die Ergother n Heilmittel (=Auftrag) zieh	
_				