

**Klientenaufkleber oder folgende Daten zum Klienten:**

Name, Vorname: Musterfrau, Elke Geschlecht:  m  w  
 Geboren am: 24.01.1945 Telefon: 12345 123456  
 Straße: Am Elsbach 7 PLZ/Ort: 12345 Musterhausen  
 Kostenträger: KK Privatpatient:  ja  nein  
 Versichert (über):  Mitglied  Partner  Mutter  Vater  Rentner  
 Gesetzliche Betreuung: \_\_\_\_\_

**Beginn der Ergotherapie (Datum)**

15.08.2014

**Weitere Angaben**

Neurologische Frührehabilitation

**Name des Therapeuten**

D.S.

**Behandelnder/Verordnender Arzt** (ggf. auch Telefon/E-Mail/Fax)

Dr. B.S.

**Kontaktperson des Klienten** (Name und Telefon)

Ehefrau Herr Musterfrau, Bernd. Mobil: 12345 12345

**Weitere Ärzte/Kliniken/Therapeuten/Betreuer/Pflegedienst/e**

Physiotherapeutin: Frau E. R.

Logopädin: Frau G. S.

Neuropsychologe: Herr T. T.

Bezugspflegerin: Frau F. G.

Sozialdienst: Herr F. S.

**Diagnose**

Z. n. Hirninfarkt links

**Nebendiagnosen**

Adipositas, Diabetes mellitus Typ II, Nikotinabusus

**Risikofaktoren**

- Epilepsie  Infektiöse Erkrankung: \_\_\_\_\_  
 Suizidalität  Implantate/Metall  
 Herzerkrankung  Bluthochdruck  Schrittmacher/Defibrillator  
 \_\_\_\_\_

**Therapierelevante Medikamente** (z.B. Marcumartherapie)**Ärztlicher Behandlungsauftrag****Weshalb kommt der Klient zur Ergotherapie? Was sind seine Erwartungen?**

„Keine Schmerzen mehr in der rechten Schulter haben!“, „Laufen können!“, „Vernünftig essen können!“

**Weitere Kontextfaktoren** (Umweltfaktoren, personbezogene Faktoren) / **Anamnese**

**Eigenanamnese** Klient  **Fremdanamnese** (z.B. Angehörige) durch: Ergotherapeutin Datum: 15.08.2014

**Kindergarten, Schule, Beruf, Ehrenamt** (derzeitige Tätigkeit, relevante weitere Angaben)

Hauptschulabschluss, gelernte Verkäuferin, jetzt Rentnerin

**Wohnsituation und häusliches Umfeld** (z.B. Lage der Wohnung, Einkaufsmöglichkeiten vor Ort, öffentliche Verkehrsmittel, Auto)

Ländliches Eigenheim, keine öffentlichen Verkehrsmittel vor Ort, keine Einkaufsmöglichkeit vor Ort – ca. 6 km entfernt, Badezimmer in der 1. Etage, enges Treppenhaus

**Vorhandene Hilfsmittel, soziale Hilfen** (z.B. Pflegedienst) und **Adaptationen von Wohnraum/Schule/Arbeitsplatz**

- Brille  Hörgerät  
 Stock  Rollator  
 Unterarmgehstütze/n  Rollstuhl  
 Brille: Gleichsicht

**Benötigte Hilfsmittel, soziale Hilfen** (z.B. Pflegedienst) und **Adaptationen von Wohnraum/Schule/Arbeitsplatz**

Bisher keine

**Soziales Umfeld**

Verheiratet, 2 Kinder außerhäusig lebend (ca. 150 und 450 km entfernt), 3 Enkelkinder, guter Kontakt zur Nachbarin, 1x die Woche Treffen mit der Nordic Walking-Gruppe

**Weitere Angaben** (z.B. Herkunft/Muttersprache, Krankengeschichte, bisherige Entwicklung, Erleben des Klienten, Werte, Interessen, Stärken)

Versucht trotz der Entfernung zu den Kindern und Enkelkindern einen regelmäßigen Kontakt zu halten. Springt als Kindersitterin ein und fährt dafür die Strecke zu den Kindern. Haushalt bisher selbstständig versorgt, kocht gern und liebt den Garten.

**Besonders relevante Kontextfaktoren**

(Umweltfaktoren / personbezogene Faktoren, die in der aktuellen Situation (s.u.) als Förderfaktoren (+) oder Barrieren (-) auf die Funktionsfähigkeit des Klienten wirken)

- + Soziales Engagement für die Familie
- + Kontakt zur Nachbarin
- + Sportlich aktiv über Nordic Walking-Gruppe
- + Ist motiviert und kann Ziele formulieren
- Haus nicht ebenerdig – Badezimmer im ersten Stock
- Bisher kein Besuch vom Ehemann – Beziehungskonstellation unklar?!
- Einkaufsmöglichkeit und Hausarzt ca. 6 bzw. 15 km entfernt

Händigkeit (falls relevant):  links  rechts**Funktionsfähigkeit aus Sicht des Klienten** **Eigenanamnese**

Klient

 **Fremdanamnese**

(z.B. Angehörige)

durch:

Datum: 15.08.

**Betätigungen** (Aktivitäten und Teilhabe) siehe Ergebnisse von COPM/COSA/OSA / ... (Anlage)**Selbstversorgung**

- Kann kein Fleisch essen
- Kann keinen Tee trinken
- Bekommt keinen Besuch vom Ehemann
- Kann nicht allein auf die Toilette gehen
- Kann nicht selbstständig sitzen
- Braucht den Rollstuhl

**Freizeit**

- + Bekommt Besuch von der Nachbarin und den Kindern
- Bekommt keinen Besuch vom Ehemann
- + Macht regelmäßig Eigenübungen
- + Setzt die Hinweise der Therapie für den Alltag um (Gesäßentlastung im Rollstuhl)

**Körperfunktionen und -strukturen**

(z.B. Kraft, Gedächtnis), ggf. auch Aktivitäten (z.B. gehen, greifen, sich konzentrieren)

- Kann nicht normal schlucken, trinken und essen
- Habe permanent Schmerzen in der Schulter
- Kann nicht laufen und brauche Hilfe, um zur Toilette zu kommen
- Ich kann meine Hand nicht nutzen
- Manchmal hat das Personal Schwierigkeiten mich zu verstehen und das Sprechen strengt mich an.

**Ziele des Klienten**

- „Keine Schmerzen mehr in der rechten Schulter haben!“
- „Laufen können!“
- „Vernünftig essen und trinken können!“

Ggf. **Ziele wichtiger Bezugspersonen** (z.B. Angehörige, Lehrer, Pflegekräfte)

## Ergänzungen aus Sicht des Therapeuten/Analyse

<b>Aktivitäten und Teilhabe</b> Fähigkeiten (+) und Beeinträchtigungen (-)	<b>Körperfunktionen und -strukturen,</b> ggf. auch Aktivitäten*	<b>Kontextfaktoren</b> (Umwelt- und personbezogene Faktoren)*
* die sich förderlich (+) oder behindernd (-) auf die Lebensbereiche (Aktivitäten und Teilhabe) auswirken		
z.B. in den Bereichen Alltägliche Aufgaben und Anforderungen, Mobilität, Selbstversorgung, Haushaltsführung, Erwerbstätigkeit, Schule, Gemeinschaftsleben, Erholung und Freizeit (s. ICF/ICF-CY)	z.B. in den Bereichen Kognition, Wahrnehmung, Sensomotorik, Sprache, sozioemotionale Fähigkeiten (s. ICF/ICF-CY)	z.B. Motivation, Coping-Strategien, häusliche, berufliche oder schulische Umwelt (s. ICF/ICF-CY)
<ul style="list-style-type: none"> <li>+ zieht den Pullover selbstständig an, wenn das Pflegepersonal sie festhält</li> <li>+ kann das Einhandbrett benutzen</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>+ trinkt bereits andickte Flüssigkeiten selbstständig unter Supervision</li> <li>- Fazialisparese noch ausgeprägt</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>+ ist motiviert und hat klare Zielvorstellungen</li> <li>- unklare Situation des Ehepaars; noch kein Besuch vom Ehemann</li> </ul>

**Vereinbarte Therapieziele** Datum: 15.08. \_\_\_\_\_ ggf. Bewertung:

**Die Ziele sind in Abstimmung mit der Klientin hierarchisch formuliert:**

- Frau M. zieht sich bis zum 29.08. selbstständig die Oberbekleidung im freien Sitz an der Bettkante an
- Frau M. trinkt selbstständig ohne Andickungsmittel (07.09.)
- Frau M. kann sich vom Rollstuhl selbstständig auf die Toilette setzen und zurück (15.09.)

## Therapieplanung

Datum	Therapieziel (Was soll erreicht werden?)	Maßnahme, Material und Zuständigkeiten (Wer tut was, wann, wie, wo, wie oft?)	Zeitraum (Bis wann?)
15.08.	Frau M. formuliert selbstständig Ziele	Einzeltherapie – Erstkontakt im Patientenzimmer	bis 29.08.
15.08.	<b>Frau M. zieht sich selbstständig die Oberbekleidung im freien Sitz an der Bettkante an</b> → Teilziele:  Frau M. sitzt mit leichter Unterstützung frei an der Bettkante  Frau M. sitzt mit leichter Unterstützung frei an der Bettkante  Frau M. sitzt für 1 Minute frei an der Bettkante	Co-Therapie – Bobath-Sitzbalance  Freien Sitz trainieren (Bobath, PNF, Affolter)  Freien Sitz trainieren (Bobath, PNF, Affolter)	16.08.  17.08.  18.08.
15.08.	<b>Frau M. trinkt selbstständig ohne Andickungsmittel</b>		bis 07.09.
15.08.	<b>Frau M. kann sich vom Rollstuhl selbstständig auf die Toilette setzen und zurück</b>		bis 15.09.

## Verlaufsdokumentation

Datum	Leistungsart	Verlauf (Inhalt/besondere Ereignisse in der Therapie)	Bemerkungen
15.08.	Einzeltherapie	Frau M. berichtet über ihren Krankheitsverlauf; trotz Sprachverständnisstörungen gute Kommunikation möglich; sie kann Ziele aus ihrer Sicht benennen	keine
16.08.	Co-Therapie mit Physiotherapie	Frau M. kann kurzfristig mit leichter Unterstützung an der Bettkante sitzen	
16.08.	Einzeltherapie	Frau M. kann für ca. 20 Sekunden frei an der Bettkante sitzen mit Supervision	
18.08.	Einzeltherapie	Frau M. kann für ca. 40 Sekunden frei an der Bettkante sitzen mit Supervision	