

# Therapieverlaufsdokumentation

Name: \_\_\_\_\_

Vom \_\_\_\_.:\_\_\_\_.:\_\_\_\_. bis \_\_\_\_.:\_\_\_\_.:\_\_\_\_.

Verordnung-Nr: \_\_\_\_\_ vom \_\_\_\_\_

EVO    FVO    außerhalb d. R.

Befund: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

| Dauer                               | Menge                         | Frequenz                       |                                  |
|-------------------------------------|-------------------------------|--------------------------------|----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 30 Minuten | <input type="checkbox"/> 6    | <input type="checkbox"/> 1 x   | <input type="checkbox"/> HB      |
| <input type="checkbox"/> 45 Minuten | <input type="checkbox"/> 10   | <input type="checkbox"/> 1-2 x | <input type="checkbox"/> Bericht |
| <input type="checkbox"/> 60 Minuten | <input type="checkbox"/> 20   | <input type="checkbox"/> 2 x   | <input type="checkbox"/> privat  |
|                                     | <input type="checkbox"/> ____ |                                |                                  |

| Nr. | Datum | Ziele | Vorgehen | Nächstes Mal / Hausaufgabe |
|-----|-------|-------|----------|----------------------------|
| 1   |       |       |          |                            |
| 2   |       |       |          |                            |
| 3   |       |       |          |                            |
| 4   |       |       |          |                            |
| 5   |       |       |          |                            |
| 6   |       |       |          |                            |
| 7   |       |       |          |                            |
| 8   |       |       |          |                            |
| 9   |       |       |          |                            |
| 10  |       |       |          |                            |

Fazit:  Therapie wird fortgeführt    Therapiepause    Therapie beendet

Sonstiges: \_\_\_\_\_