

Bericht zur Anpassung und Erprobung von Lagerungshilfen

zur Durchführung der Therapie im häuslichen Umfeld



Patientendaten

Name:..... Vorname:..... Geb.-Dat.:.....

Kostenträger:.....

Haupt-Diagnose:

Lagerungshilfe:

___ Keillagerung ___ Rotationslagerung ___ Rollbrettlagerung

Größe: _____

Therapiezielbeschreibung:

Bei o.g. Patienten sollen folgende Defizite vermindert oder Risiken vorgebeugt werden:

- 1.)
- 2.)

Dafür sind folgende Lagerungszeiten geplant und notwendig

Zu Hause: Nutzungszeit pro Tag ___ Stunden pro Woche: ___ Stunden

In der Einrichtung: Nutzungszeit pro Tag ___ Stunden pro Woche: ___ Stunden

Die Lagerungselemente wurden über einen Zeitraum von Wochen durch die Therapie getestet. Die Eltern / Betreuer sind fähig die Übungen im häuslichen Umfeld zu wiederholen.

Um den Erfolg der Therapie zu sichern wird die Lagerung

___ auf Dauer für die Zeit von ___ Monaten benötigt.

.....
Ort, Datum

.....
Unterschrift Betreuer Unterschrift Therapeut Unterschrift Arzt