



Behandlungsplan

Patient / in: geboren am:

Adresse:

Telefonnummer: Faxnummer:

Krankenversicherung: Vers.-Nr.:

Diagnose:

Durchgeführte Operation:

Gewünschter Beginn der Bewegungstherapie:

für voraussichtlich 4 Wochen 6 Wochen Wochen

Hilfsmittel	Bewegungsart	Grad von – bis	Geschwindigkeit
Knie <input type="radio"/> K1 <input type="radio"/> K100-A (120) oder (130)	Extension / Flexion	-	
Sprunggelenk <input type="radio"/> SP3	Plantarflexion / Dorsalext. In- / Eversion	-	
Schulter <input type="radio"/> S603	Ad- / Abduktion Außen- / Innenrotation	-	
Ellenbogen <input type="radio"/> E2	Extension / Flexion Pro- / Supination	-	

Tägliche Behandlungsdauer: Std. Aufwärmzeit: Min.

Länge der Pausen nach Extension: Min. Länge der Pausen nach Flexion: Min.

Besondere Anweisungen:

.....

Datum, Unterschrift