



Bitte einen Anwendungsblock dokumentieren, mit Barthel-Index ergänzen.  
Physiotherapeuten sind einbezogen: bitte in Frage 11 Basisbogen angeben.  
Ziele sind z.B.: Linderung oder (temporäre) Verbesserung z.B. der Körper-  
und Muskel-entspannung, der Schmerzen, Toiletten- und Stuhlgang, Essen  
im Sitzen, Ödemreduktion, verbesserte Atmung, Orientierung im Raum,  
Treppen-steigen, Hilfsmitteltraining = realistische Zieldefinition des  
verbliebenen körperlichen Aktionsradius.

1.  
IDNR  
13.  
Datum

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Beginn	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Ende	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

**PHY1. Ziele**

Primärziel 1:

Ziel 2:

Ziel 3:

**PHY2. Indikation**

Dyspnoe	<input type="checkbox"/>	Schmerzen	<input type="checkbox"/>
Obstipation	<input type="checkbox"/>	Bettlägerigkeit, Immobilität	<input type="checkbox"/>
Ödeme	<input type="checkbox"/>	Parästhesie, Parese, Plegie	<input type="checkbox"/>
Andere:			<input type="checkbox"/>

**PHY3. Ziele erreicht?****Kommentar**

Ziel 1:	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	Temporär <input type="checkbox"/>
Ziel 2:	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	Temporär <input type="checkbox"/>
Ziel 3:	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	Temporär <input type="checkbox"/>

**PHY4. Positive Äußerungen bei Behandlung****Negative Äußerungen**

<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------

**PHY5. Therapieverfahren zur Zielerreichung****Verfahren**

1. Krankengymnastische Techniken	<input type="checkbox"/>
2. Massagetherapie	<input type="checkbox"/>
3. Atemtherapie	<input type="checkbox"/>
4. Komplexe Physikalische Ödemtherapie	<input type="checkbox"/>
5. Hydrotherapie	<input type="checkbox"/>
6. Balneotherapie	<input type="checkbox"/>
7. Thermotherapie	<input type="checkbox"/>
8. Reflexzonentherapie	<input type="checkbox"/>
9. Elektrotherapie	<input type="checkbox"/>
10. Hilfsmittelschulung	<input type="checkbox"/>
11. Psychomotorik	<input type="checkbox"/>
12. Entspannungsverfahren	<input type="checkbox"/>
13. Naturheilverfahren	<input type="checkbox"/>
14. Angehörigenbehandlung	<input type="checkbox"/>
15. Test und Messverfahren	<input type="checkbox"/>
16. Angehörige aktiv in Patientenbehandlung einbezogen ...wie:	<input type="checkbox"/>
17. Weitere physioth. Verfahren .....welche:	<input type="checkbox"/>

**PHY6. Zusammenarbeit im Team****...mit den Patienten**

Zusammenarbeit...	Positiv <input type="checkbox"/>	Negativ <input type="checkbox"/>	Feedback des Patienten	Positiv <input type="checkbox"/>	Negativ <input type="checkbox"/>
Angesetzte Physiotherapie wurde durchgeführt	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	Mitarbeit des Patienten	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Warum nicht:			Übungen selbständig weiter?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>

**Bemerkungen zum PHY-Bogen, Wünsche:**

<input type="text"/>
----------------------