



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

1.
IDNR
13.
Datum

| | | | | |
|--------|--|--|--|--|
| | | | | |
| Beginn | | | | |
| Ende | | | | |

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**

| | |
|--|--|
| | |
|--|--|

PHY5. Therapieverfahren zur Zielerreichung**Verfahren****Zahl der Anwendungen**

| | |
|--|--------------------------|
| 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. Reflexzonen-therapie: | <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. Verfahrenwelche: | <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:

| |
|--|
| |
|--|