



## Informationen für die Handtherapie

### Personalien

Name

Vorname

Geburtsdatum

### Behandlungsgrund

Diagnose:

Unfalldatum / Krankheitsbeginn:

Operation:

Operationsdatum:

### Nachbehandlung

Behandlungsschema:

Immobilisation    bewegungsstabil    teilw. belastungsstabil:    voll belastungsstabil

Schiene:

Angaben zur Therapie:

Vorsichtsmassnahmen:

Bemerkungen:

Bitte um Rücksprache

**Bemerkung an die/den verordnende/n Ärztin / Arzt und die Ergotherapeutin / den Ergotherapeuten:**

Diese Informationen dürfen aus Datenschutzgründen nicht an die Kostenträger weitergeleitet werden.

Bitte Formular nicht doppelseitig ausdrucken.