

Patient/in

geboren am

Adresse

Tel.-Nr.

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="checkbox"/> K1	Extension/Flexion	-	
	<input type="checkbox"/> K100 - A(120) oder (130)		
Sprunggelenk <input type="checkbox"/> SP3	Plantarflexion/Dorsalext.	-	
	<input type="checkbox"/> A202	In-/Eversion	-
Schulter <input type="checkbox"/> S600 <input type="checkbox"/> S603	Ad-/Abduktion	-	
	Ante-/Retroversion	-	
	Außen-/Innenrotation	-	
	Elevation	-	
Ellenbogen <input type="checkbox"/> E700 <input type="checkbox"/> E2	Extension/Flexion	-	
	Pro-/Supination	-	

Tägliche Behandlungsdauer x Stunden Aufwärmzeit Minuten

Länge der Pause nach Extension Minuten Länge der Pause nach Flexion Minuten

Besondere Anweisungen

.....

.....

Datum Unterschrift