

**Patientenbehandlungsplan mit CPM-Motorschiene (Arzt füllt aus!!!)**

Vom Arzt (Klinik/Praxis) auszufüllen

**PATIENTENDATEN**

Kasse **Barmer-GEK** Mitgliedsnummer \_\_\_\_\_

Name: \_\_\_\_\_ Vorname \_\_\_\_\_

Geb.-Datum \_\_\_\_\_

Straße \_\_\_\_\_ PLZ, Ort \_\_\_\_\_

Verordner \_\_\_\_\_ Klinik/Praxis \_\_\_\_\_

Diagnose  
**bestehende Defizite** \_\_\_\_\_

Stationäre  
Behandlung von \_\_\_\_\_ (geplant) bis \_\_\_\_\_

Krankenhaus  
Beginn der CPM \_\_\_\_\_ **OP-Datum** \_\_\_\_\_

Therapie im KH \_\_\_\_\_ **amb. Op. am** \_\_\_\_\_

Beginn (geplant) der CPM-Therapie im häuslichen Bereich am \_\_\_\_\_

Es erfolgt eine weitere Behandlung in einem ambulanten Reha-Zentrum  ja  nein

Ist z.Zt. eine krankengymnastisch **aktive** Eigenübung des operierten Gelenks aus medizinischer Sicht möglich?  ja  nein  
*(Definition krankengymnastisch aktive Eigenübung: Bewegung des operierten Gelenks unter Verwendung des umgebenden Muskelgewebes.)*

**THERAPIEPLAN**

|  |                       |       |             |                      |       |             |
|--|-----------------------|-------|-------------|----------------------|-------|-------------|
| <b>Bewegungsumfang:</b>                | <b>Flexion:</b>       | _____ | <b>Grad</b> | <b>Extension:</b>    | _____ | <b>Grad</b> |
| (Ellenbogen, mit/ohne)                 | Supination            | _____ | Grad        | Pronation            | _____ | Grad        |
|  | <b>Abduktion:</b>     | _____ | <b>Grad</b> | <b>Adduktion</b>     | _____ | <b>Grad</b> |
| <b>(Schulter mit /ohne)</b>            | <b>Innenrotation:</b> | _____ | <b>Grad</b> | <b>Außenrotation</b> | _____ | <b>Grad</b> |
| <b>(Schulter alternativ mit /ohne)</b> | <b>Anteversio:</b>    | _____ | <b>Grad</b> | <b>Retroversio</b>   | _____ | <b>Grad</b> |
|  | Plantarflexion        | _____ | Grad        | Dorsalextens         | _____ | Grad        |

Bemerkungen  Steigerung des Bewegungsumfangs entsprechend der Schmerzgrenze

Anwendung: \_\_\_\_\_ mal täglich jeweils \_\_\_\_\_ Minuten

Anwendungsdauer \_\_\_\_\_ Wochen oder bis zum \_\_\_\_\_

Bemerkungen: \_\_\_\_\_

**Begleitende Hilfsmittelverordnung und krankengymnastische Anwendungen:**

Hiermit bestätige ich die Anordnung und Überwachung des o.g. Therapieplanes zur Patientenbehandlung mit der CPM-Motorschiene.

Ort/Datum \_\_\_\_\_ Stempel/Unterschrift des Arztes \_\_\_\_\_