

# Patientenbehandlungsplan mit CPM Motorschiene

Vom Arzt (Klinik/ Praxis) auszufüllen

## Daten des Patienten:

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

Straße, Hr.: \_\_\_\_\_ PLZ, Ort: \_\_\_\_\_

Geb.-Datum: \_\_\_\_\_ Tel.: \_\_\_\_\_

Krankenvers.: \_\_\_\_\_

Diagnose: \_\_\_\_\_

OP- Datum: \_\_\_\_\_ Entl.-Datum: \_\_\_\_\_

Klinik/ Praxis: \_\_\_\_\_

Erforderlich ist eine CPM-Motorschiene für: \_\_\_\_\_  
(Knie – Schulter – Ellenbogen – Sprunggelenk – Hand – Finger – Großzehe)

Behandlungsbeginn am 1. Post-op. Tag: Ja Nein (Begründung)

Krankengymnastik: \_\_\_\_\_ Ja Nein (Begründung)

EAP/ AHB: \_\_\_\_\_ Ja Nein

## Therapieplan:

(Bewegungsumfang bei Behandlungsbeginn)

	<b>Istwerte</b>	<b>Normwerte</b>
Extension/ Flexion	___/___/___	___/___/___
Add-/ Abduktion	___/___/___	___/___/___
Innen-/ Außenrotation	___/___/___	___/___/___
Ante-/ Retroversion	___/___/___	___/___/___
Elevation	___/___/___	___/___/___

Steigerung des Bewegungsumfangs entsprechend Schmerzgrenze

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

Schmerzempfinden nach NAS (0= kein Schmerz, 10 = unerträglicher Schmerz): \_\_\_\_\_

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

Dauer: \_\_\_\_\_ Wochen oder bis zum: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Stempel/ Unterschrift des Arztes