



## 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.