

# Ergotherapeutisches Assessment

## Patientenstammdaten

Name

Geschlecht

## Ärztliche Diagnosen

Führende Diagnose

Geburtsdatum

Alter

Telefonnummer

Nebendiagnosen

## Ausgangslage seitens des Patienten/der Patientin und seines/ihrer Umfeldes

1. Familiäre, berufliche und sonstige soziale Situation, inkl. Unterstützungsmöglichkeit durch Angehörige

---

---

---

---

---

2. Krankengeschichte und medizinische Zusatzinformation (z. B. Medikation)

---

---

---

---

---

3. bisherige Therapie/Hilfe durch professionelle Dienste oder Privatpersonen

---

---

---

---

---

4. Wohnraum und Wohnumfeld

---

---

---

---

---

5. Kommunikationsfähigkeit (Sprach- oder Sprechstörung, mangelnde Sprachkenntnisse, Schwerhörigkeit, Stummheit, verändertes Kommunikationsverhalten)

---

---

---

---

6. Visus (Defizite basaler Sehleistung: z. B. Sehschärfe, Kontrastsehen, Fusionsfähigkeit, Okulomotorik), Geschmacks- und Geruchssinn

---

---

---

---

7. Interessen, Gewohnheiten, Werte und prägende Erlebnisse des Patienten/der Patientin

---

---

---

---

Muster

Datum der Erstbeurteilung \_\_\_\_\_

Datum der Zweitbeurteilung \_\_\_\_\_

## 1. Kompensationsmittel (Hilfsmittel/Schienen/Prothesen/Anpassung der Wohn- oder Arbeitssituation)

Erstbeurteilung	(Bitte Kompensationsmittel auflisten)		Zweitbeurteilung
	I	Kompensationsmittel, die <b>sinnvoll genutzt</b> werden	
	II	Kompensationsmittel, die in der <b>Erprobung</b> sind oder <b>noch organisiert</b> werden müssen	
	III	Vorhandene Kompensationsmittel, die <b>nicht sinnvoll</b> genutzt werden	

### Beschreibung der Schweregrad-Kategorien und weiterer Spalten der Tabelle

#### Kategorie I

- Keine Einschränkungen bei Alltagsaktivitäten im vertrauten und nicht vertrauten Umfeld
- Keine Funktionseinschränkung

#### Kategorie II

- Selbstständigkeit bei Alltagsaktivitäten im vertrauten Umfeld; die leichten Einschränkungen werden kompensiert (durch Strategien und/oder Kompensationsmittel)
- Leichte Funktionseinschränkung

#### Kategorie III

- Relevante Teilleistungen werden selbstständig erbracht
- Eine Hilfsperson wird benötigt; diese Person leistet Supervision oder Unterstützung, um Alltagsaktivitäten im vertrauten Umfeld durchzuführen
- Deutliche Funktionseinschränkung

#### Kategorie IV

- Keine relevanten Teilleistungen werden erbracht
- Alltagsaktivitäten müssen vollständig von einer Hilfsperson übernommen werden
- Massive Funktionseinschränkung

**N** = Funktion ist für die Ergotherapie derzeit nicht beurteilbar

**Z** = Zielbereiche der Behandlung, d. h. bedeutsam und durch Ergotherapie voraussichtlich positiv zu beeinflussen

**V** = Veränderungen zwischen Erst- und Zweitbeurteilung

## 2. Aktivitäten zur körperlichen Selbstversorgung

nicht relevant

Z	Kommentare oder Begründung für Nichtbeurteilung des gesamten Bereiches	Erstbeurteilung						Zweitbeurteilung					Kommentare oder Begründung für Nichtbeurteilung des gesamten Bereiches	V	
		I	II	III	IV	N		I	II	III	IV	N			
							1	Umsetzen							
							2	Toilettenbenutzung							
							3	Tägliche Hygiene							
							4	Baden/Duschen							
							5	An-/Ausziehen oben							
							6	An-/Ausziehen unten							
							7	Trinken							
							8	Essen							
							9	Beweglichkeit im Haus							

## 3. Aktivitäten zur eigenständigen Lebensführung

nicht relevant

Z	Kommentare oder Begründung für Nichtbeurteilung des gesamten Bereiches	Erstbeurteilung						Zweitbeurteilung					Kommentare oder Begründung für Nichtbeurteilung des gesamten Bereiches	V	
		I	II	III	IV	N		I	II	III	IV	N			
							1	Telekommunikation							
							2	Medikamenteneinnahme							
							3	Schreiben							
							4	Lesen							
							5	Umgang mit Zahlen							
							6	Geldhaushalt							
							7	Mobilität außer Haus							
							8	Einkaufen							
							9	Mahlzeiten zubereiten							
							10	Haushalt führen							

## 4. Alltagsrelevante Folgen sensomotorischer Funktionen

linkshändig       rethshändig       Bemerkungen zur Händigkeit: \_\_\_\_\_

nicht relevant

Z	Kommentare oder Begründung für Nichtbeurteilung des gesamten Bereiches	Erstbeurteilung						Zweitbeurteilung					Kommentare oder Begründung für Nichtbeurteilung des gesamten Bereiches	V	
		I	II	III	IV	N		I	II	III	IV	N			
							1	Sitzen							
							2	Stehen							
							3	Gehen							
							4	Sensomotorik Kopf/Rumpf							
							5	Motorik Schulter <b>li</b>							
							6	Motorik Ellenbogen <b>li</b>							
							7	Motorik Hand <b>li</b>							
							8	Sensibilität <b>li</b> obere Extremität							
							9	Motorik Schulter <b>re</b>							
							10	Motorik Ellenbogen <b>re</b>							
							11	Motorik Hand <b>re</b>							
							12	Sensibilität <b>re</b> obere Extremität							
							13	Sensomotorik des Gesichtes							
							14	Schlucken							

## 5. Alltagsrelevante Folgen neuropsychologisch-kognitiver Funktionen

nicht relevant

Z	Kommentare oder Begründung für Nichtbeurteilung des gesamten Bereiches	Erstbeurteilung						Zweitbeurteilung					Kommentare oder Begründung für Nichtbeurteilung des gesamten Bereiches	V	
		I	II	III	IV	N		I	II	III	IV	N			
							1	Aufmerksamkeit							
							2	Orientierung							
							3	Gedächtnis							
							4	Körperwahrnehmung							
							5	Objektwahrnehmung							
							6	Gesichtsfeld							
							7	Beachtung beider Körper-/Raumseiten							
							8	Räumliche Leistungen							
							9	Praxie							
							10	Handlungssteuerung							

## 6. Alltagsrelevante Folgen psychosozialer Funktionen

nicht relevant

Z	Kommentare oder Begründung für Nichtbeurteilung des gesamten Bereiches	Erstbeurteilung						Zweitbeurteilung					Kommentare oder Begründung für Nichtbeurteilung des gesamten Bereiches	V	
		I	II	III	IV	N		I	II	III	IV	N			
							1	Antrieb							
							2	Emotionalität							
							3	Motivation							
							4	Krankheitsverarbeitung							
							5	Interaktionsfähigkeit							
							6	Verantwortungsbewusstsein							
							7	Interessen verwirklichen							



# Zusammenfassung

**Ziele des Patienten/der Patientin (nach Erstbeurteilung):**

---



---



---

**Abgestimmte (im Team, mit Patienten/Patientin und Angehörigen) ergotherapeutische Ziele (nach Erstbeurteilung):**

---



---



---



---

**Ergebnis (nach Zweitbeurteilung):**

---



---



---



---



---



---



---



---



---



---

**Empfehlungen (nach Zweitbeurteilung):**

---



---



---

## Statistik

Durchschnittliche Behandlungsintensität	Zeitaufwand in Stunden (auf halbe Stunden gerundet)		
<input type="checkbox"/> mehr als 5-mal pro Woche	Versorgung mit Kompensationsmitteln		aus der Summe als Hausbesuche geleistete Stunden:
<input type="checkbox"/> 3- bis 5-mal pro Woche	Angehörigenberatung		
<input type="checkbox"/> weniger als 3-mal pro Woche	Dokumentation, Wegezeit u. ä.		
<input type="checkbox"/> vorwiegend Einzel	Zeit am Patienten		
<input type="checkbox"/> vorwiegend Gruppe	Summe		