

Datum der Erstbeurteilung _____

Datum der Zweitbeurteilung _____

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

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