

# Ergotherapeutisches Assessment<sup>©</sup>

## Patientenstammdaten (Name, Geschlecht, geb., Alter, Tel.)

--

## Ärztliche Diagnosen

führende Diagnose:

Nebendiagnosen:

--

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

1. Familiäre, berufliche und sonstige soziale Situation, incl. 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 wie Sehschärfe, Kontrastsehen, Fusionsfähigkeit, Okulomotorik), Geschmacks- und Geruchssinn

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

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	

**Legende für die nachfolgende Beurteilung des Patienten / der Patientin**

- I** = keine Einschränkungen bei Alltagsaktivitäten im individuellem, vertrauten und nicht vertrauten Umfeld
- II** = leichte, selbständig kompensierbare Einschränkungen bei Alltagsaktivitäten im individuellen vertrauten Umfeld
- III** = erbringt aufgrund deutlicher Einschränkungen Teilleistungen im individuellen vertrauten Umfeld, benötigt eine Hilfsperson
- IV** = erbringt aufgrund massiver Einschränkungen keine relevanten Teilleistungen bei Alltagsaktivitäten im individuellen vertrauten Umfeld
- 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 Nicht-Beurteilung des gesamten Bereiches	Erstbeurteilung						Zweitbeurteilung					Kommentare oder Begründung für Nicht-Beurteilung 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 Nicht-Beurteilung des gesamten Bereiches	Erstbeurteilung						Zweitbeurteilung					Kommentare oder Begründung für Nicht-Beurteilung 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	Geld-Haushalt							
							7	Mobilität außer Haus							
							8	Einkaufen							
							9	Mahlzeiten zubereiten							
							10	Haushalt führen							

#### 4. Alltagsrelevante Folgen sensomotorischer Funktionen

linkshändig  rechtshändig, Bemerkungen zur Händigkeit: \_\_\_\_\_

nicht relevant

Z	Kommentare oder Begründung für Nicht-Beurteilung des gesamten Bereiches	Erstbeurteilung						Zweitbeurteilung					Kommentare oder Begründung für Nicht-Beurteilung 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 li							
							6	Motorik Ellenbogen li							
							7	Motorik Hand li							
							8	Sensibilität li ob Extremität							
							9	Motorik Schulter re							
							10	Motorik Ellenbogen re							
							11	Motorik Hand re							
							12	Sensibilität re ob. Extremität							
							13	Sensomotorik des Gesichtes							
							14	Schlucken							

#### 5. Alltagsrelevante Folgen neuropsychologisch-kognitiver Funktionen

nicht relevant

Z	Kommentare oder Begründung für Nicht-Beurteilung des gesamten Bereiches	Erstbeurteilung						Zweitbeurteilung					Kommentare oder Begründung für Nicht-Beurteilung 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 bd. Körper/Raums.							
							8	Räumliche Leistungen							
							9	Praxie							
							10	Handlungssteuerung							

#### 6. Alltagsrelevante Folgen psychosozialer Funktionen

nicht relevant

Z	Kommentare oder Begründung für Nicht-Beurteilung des gesamten Bereiches	Erstbeurteilung						Zweitbeurteilung					Kommentare oder Begründung für Nicht-Beurteilung 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							

**7. Arbeitsrelevante Basisaktivitäten**

nicht relevant

Z	Kommentare oder Begründung für Nicht-Beurteilung des gesamten Bereiches	Erstbeurteilung					Beurteilungs-umfeld		Zweitbeurteilung					Kommentare oder Begründung für Nicht-Beurteilung des gesamten Bereiches	V	
		I	II	III	IV	N			I	II	III	IV	N			
							1	Arbeitsablauf steuern								
							2	Arbeitsplatz organisieren								
							3	Arbeitsqualität gewährleisten								
							4	Belastbarkeit								
							5	Einstellung zur Arbeit								
							6	Arbeitsrelevantes Lernen								
							7	Selbstbild								
							8	Verhalten im Team								
							9	Umgang mit Kritik/Konflikt								
							10	Zuverlässigkeit								

**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**

<b>Durchschnittliche Behandlungsintensität</b>	<b>Zeitaufwand in Stunden</b> (auf halbe Stunden gerundet)		
<input type="checkbox"/> mehr als 5 x pro Woche	Versorgung mit Kompensationsmitteln		aus der Summe als Hausbesuche geleistete Stunden: <input type="text"/>
<input type="checkbox"/> 3 - 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		

**8. Aktivitäten zur Freizeitgestaltung**

nicht relevant

Individuelle Beschreibung der Freizeitaktivitäten														
<b>Z</b>	Kommentare oder Begründung für Nicht-Beurteilung des gesamten Bereiches	Erstbeurteilung					Freizeit-aktivitäten	Zweitbeurteilung					Kommentare oder Begründung für Nicht-Beurteilung des gesamten Bereiches	<b>V</b>
		<b>I</b>	<b>II</b>	<b>III</b>	<b>IV</b>	<b>N</b>		<b>I</b>	<b>II</b>	<b>III</b>	<b>IV</b>	<b>N</b>		

