

# FACHKLINIK MÜNSTERTAL

---

**Liebe Kolleginnen, liebe Kollegen,**

bitte geben Sie uns eine kurze Übersicht über den Therapiestand Ihres Patienten, damit wir in den drei Wochen optimal in die Therapie einsteigen können.

Ein aktueller Therapiebericht kann dieses Schreiben ersetzen. Wir führen mit allen Eltern vor Behandlungsbeginn ein Erstgespräch in dem wir diese Informationen besprechen.

Sie können diese Informationen auch per Mail/Fax an uns schicken.

Vielen Dank für ihre Mitarbeit.

**Anke Berger**

Leitende Physiotherapeutin

Abteilungsleiterin Therapieabteilung

Tel: 07633-80070 Fax: 07633-8007199 Mail: a.berger@ak-familienhilfe.de

## Krankengymnastik

Name des Kindes \_\_\_\_\_ Anzahl KG/Woche \_\_\_\_\_

Nach Konzept \_\_\_\_\_

Aktuelle Therapieziele

---

---

---

---

---

---

---

---

Besonderheiten

---

---

---

---

Bei Mobilitätseinschränkungen der Extremitäten bitte goniometrische Angaben:

---

---

---

Ihr Kontakt bei Rückfragen

---

## Ergotherapie

Name des Kindes \_\_\_\_\_ Anzahl Ergo/Woche \_\_\_\_\_

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

### Aktuelle Therapieziele

---

---

---

---

---

### Aktuelle Kindergarten/Schulsituation

---

---

---

---

### Besonderheiten:

---

---

---

### Ihr Kontakt bei Rückfragen

---