

## Behandlungsplan

**Frau Mustermann**

Zimmer: 002  
Massnahmeart: HV-C

Anreisedatum: 05.09. XXXX  
Abreisedatum: 25.09. XXXX

### Änderungen vorbehalten

Bei Änderungen wird ein neuer (farbiger) Therapieplan bis 9:00 Uhr auf Ihrem Zimmer hinterlegt!

| Zeit | Heilmittel | Behandler | Behandlungsstelle |
|------|------------|-----------|-------------------|
|------|------------|-----------|-------------------|

#### Termine für

|              |                       |         |                      |
|--------------|-----------------------|---------|----------------------|
| <b>08:00</b> | <b>Frühstück EG</b>   |         |                      |
| 09:00        | Vector/Th             | Frau G. | 1.OG Sporthalle 1 TZ |
| 10:30        | Kognitives Tr. Gruppe | Frau F. | 1.OG Raum 133        |

*Bitte Lesebrille mitbringen, falls vorhanden.*

|              |                    |         |                       |
|--------------|--------------------|---------|-----------------------|
| 12:00        | Ergotherapie       | Frau B. | EG Wartezone Ergo     |
| <b>12:30</b> | <b>Mittagessen</b> |         |                       |
| 13:30        | Physiotherapie     | Frau G. | 1.OG Wartez Physio TZ |
| 15:00        | Forced Use 60      | Frau L. | EG Multifkt.raum 002  |
| 16:30        | Theramed 30        | Herr C. | 1.OG MTT1 TZ          |

*Bitte Sportschuhe anziehen.*

|              |                      |  |  |
|--------------|----------------------|--|--|
| <b>17:00</b> | <b>Abendessen EG</b> |  |  |
|--------------|----------------------|--|--|