

Behandlungsplan

Herr Mustermann

Zimmer: 001
Massnahmeart: HV-D

Anreisedatum: 06.09. XXXX
Abreisedatum: 27.09. XXXX

Änderungen vorbehalten

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

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

Termine für

07:00	Frühstück EG		
--------------	---------------------	--	--

Das Frühstück ist von 7 bis 9 Uhr möglich.

09:00	Der Schlaganfall 60	Chefarzt	Vortragsraum 3.OG
10:00	Medikamentenausgabe	MediTeam	Pflegestützpunkt 1.OG
10:30	Physiotherapie	Frau C.	1.OG Wartez Physio TZ
11:30	MBOR Gespräch	Frau K.	1.OG Raum 136
12:00	Stickwalking 2	Frau G.	Rezeption

Bitte festes Schuhwerk und wetterangepasste Kleidung tragen.

12:30	Mittagessen		
14:30	Cog Check	Frau K.	1.OG Raum 136

Bitte Lesebrille mitbringen, falls vorhanden.

15:00	Schlucktherapie	Frau N.	1.OG Wartezone Logo
16:30	Fahrradergometer	Herr C.	1.OG MTT1 TZ

Bitte Sportschuhe anziehen.

18:00	Abendessen EG		
--------------	----------------------	--	--

Das Abendessen ist von 17 bis 19 Uhr möglich.

19:00	Kreativ (Basteln)	freiwillige Teilnahme	Aufenthaltsb. 1.OG
-------	---------------------	-----------------------	--------------------