
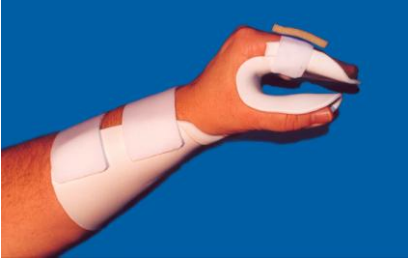


Patient/in:

Ergotherapeut/in:

Datum:

| | |
|---|---|
|  |  |
| <p style="text-align: center;">Tagsüber</p> <p style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> 1-2 Std. <input type="checkbox"/> 3-4 Std. <input type="checkbox"/> 5-6 Std. <input type="checkbox"/> 6-8 Std. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 8-10 Std. <input type="checkbox"/> 10-12 Std.</p> | <p style="text-align: center;">Nachts</p> <p style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> 1-2 Std. <input type="checkbox"/> 3-4 Std. <input type="checkbox"/> 5-6 Std. <input type="checkbox"/> 6-8 Std. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 8-10 Std. <input type="checkbox"/> 10-12 Std.</p> |
| <p>0 Bds. 0 Rechte Hand 0 Linke Hand</p> | <p>0 Bds. 0 Rechte Hand 0 Linke Hand</p> |

Wichtig:

Während der Körperpflege oder passive Mobilisation weiterhin:



Flexion der Finger bei extendiertem Handgelenk



Extension der Finger bei flektiertem Handgelenk

Bemerkungen:

Bemerkungen: