THERAPIE- UND DOKUMENTATIONSPLAN

BGSW-KLINIK: _____

BERUFSGENOSSENSCHAFTLICHE STATIONÄRE WEITERBEHANDLUNG (BGSW)

Pat.-Aufkleber

Unfalltag: _____ Diagnose: _____

Aufnahmetag: _____ Belastung: _____

BGSW-Plan von: _____ bis: _____ Ziel der BGSW: _____

Entlassung voraussichtlich am: _____ _____

Entlassung bereits erfolgt am: _____ Besonderheiten: _____

verantwortlicher Therapeut: _____ _____

Unterschrift des Chefarztes: _____ Versicherter kann nach der BGSW voraussichtlich seine bisherige Tätigkeit wieder aufnehmen: ☐ ja ☐ nein

(Datum) (Unterschrift)

Behandlungstag (Datum): ➡														
Therapiemaßnahme: ⬇ (KTL)	Min.: *	Min.: *	Min.: *	Min.: *	Min.: *	Min.: *	Min.: *	Min.: *	Min.: *	Min.: *	Min.: *	Min.: *	Min.: *	Min.: *
Unterschrift des Versicherten: (Ich bestätige die Therapie-maßnahmen und deren Dauer)														

* Bitte Therapiedauer in Minuten angeben!

➡ Bitte Plan sofort nach Abschluss der 14-tägigen Behandlung dem zuständigen Unfallversicherungsträger übersenden! Für weitere Behandlung bitte neuen Plan verwenden!