

## Dokumentationsbogen

### gemäß Richtlinie Methoden vertragsärztliche Versorgung Anlage 1 Nr. 19 „Neuropsychologische Therapie“ § 9

Name des Therapeuten:

1. Angaben zum Patienten:

2. Feststellung der erworbenen Hirnschädigung/-erkrankung durch (Facharzt für Neurologie, etc. lt. Richtlinie):

- Neurologische Diagnose mit Zeitpunkt der Erkrankung:
- Nachweis zur Indikation (z. B. Überweisung etc.):

3. Diagnose nach ICD-10:

- F04
- F06.6
- F06.7
- F06.8
- F06.9
- F07

4.

- Neuropsychologische Diagnostik erfolgt / wann? \_\_\_\_\_
- Therapieindikation? \_\_\_\_\_
- Therapieplan vorhanden (Kopie beifügen) / wann erstellt? Prognose? \_\_\_\_\_
- Kooperation mit anderen Berufsgruppen erforderlich, wenn ja welche? \_\_\_\_\_
- Einbeziehung der Bezugspersonen, wenn ja, welche? \_\_\_\_\_

Behandlungsdauer/-frequenz?

## Therapieplan „Neuropsychologische Therapie“

**Funktionsbereich:**

**Therapeutischer Ansatz / Methode:**

Perzeption

**Funktionsbereich:**

**Therapeutischer Ansatz / Methode:**

Aufmerksamkeit

- selektive Aufmerksamkeit
- geteilte Aufmerksamkeit
- Alertness
- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_

Mnestik

- sprachlich
  
- figural

Altgedächtnis \_\_\_\_\_

Arbeitsgedächtnis \_\_\_\_\_

Merkspanne

Sprache und Sprechen

Wortfindungsstörungen

Benennen

Lesen

Schreiben

Rechenfähigkeit

Räumlich-konstruktive Leistungen

Planen und Problemlösen

Intelligenz

Funktionsbereich:

Therapeutischer Ansatz / Methode

Bewegung und Bewegungskontrolle

Motivation, Emotion, Persönlichkeit

Prognose?

---

Unterschrift / Datum

Stempel