

**THERAPIE- UND DOKUMENTATIONSPLAN**  
**BERUFSGENOSSENSCHAFTLICHE STATIONÄRE WEITERBEHANDLUNG (BGSW)**

**BGSW-KLINIK:** \_\_\_\_\_

Unfalltag: \_\_\_\_\_ Diagnose: \_\_\_\_\_

Aufnahmetag: \_\_\_\_\_ Belastung: \_\_\_\_\_

BGSW-Plan von: \_\_\_\_\_ bis: \_\_\_\_\_ Ziel der BGSW: \_\_\_\_\_

Entlassung voraussichtlich am: \_\_\_\_\_

Entlassung bereits erfolgt am: \_\_\_\_\_ Besonderheiten: \_\_\_\_\_

Verantwortliche/r \_\_\_\_\_

Therapeut/in: \_\_\_\_\_

Unterschrift der \_\_\_\_\_

Chefärztin/des \_\_\_\_\_

Chefarztes: \_\_\_\_\_

Versicherte Person kann nach der BGSW voraussichtlich seine  
 bisherige Tätigkeit wieder aufnehmen:  ja  nein

(Datum)

(Unterschrift)

Pat.-Aufkleber

| Behandlungstag (Datum): ➔   |         |         |         |         |         |         |         |         |         |         |         |         |         |         |
|---|---------|---------|---------|---------|---------|---------|---------|---------|---------|---------|---------|---------|---------|---------|
| Therapiemaßnahme:↓ (KTL)  | Min.: * | Min.: * | Min.: * | Min.: * | Min.: * | Min.: * | Min.: * | Min.: * | Min.: * | Min.: * | Min.: * | Min.: * | Min.: * | Min.: * |
|   |         |         |         |         |         |         |         |         |         |         |         |         |         |         |
|   |         |         |         |         |         |         |         |         |         |         |         |         |         |         |
|   |         |         |         |         |         |         |         |         |         |         |         |         |         |         |
|   |         |         |         |         |         |         |         |         |         |         |         |         |         |         |
|   |         |         |         |         |         |         |         |         |         |         |         |         |         |         |
|   |         |         |         |         |         |         |         |         |         |         |         |         |         |         |
|   |         |         |         |         |         |         |         |         |         |         |         |         |         |         |
|   |         |         |         |         |         |         |         |         |         |         |         |         |         |         |
|   |         |         |         |         |         |         |         |         |         |         |         |         |         |         |
|   |         |         |         |         |         |         |         |         |         |         |         |         |         |         |
|   |         |         |         |         |         |         |         |         |         |         |         |         |         |         |
|   |         |         |         |         |         |         |         |         |         |         |         |         |         |         |
|   |         |         |         |         |         |         |         |         |         |         |         |         |         |         |
|   |         |         |         |         |         |         |         |         |         |         |         |         |         |         |
|   |         |         |         |         |         |         |         |         |         |         |         |         |         |         |
|   |         |         |         |         |         |         |         |         |         |         |         |         |         |         |
| Unterschrift der versicherten Person:<br>(Ich bestätige die Therapie-<br>maßnahmen und deren Dauer) |         |         |         |         |         |         |         |         |         |         |         |         |         |         |

\* Bitte Therapiedauer in Minuten angeben!  
 ➔ Bitte Plan sofort nach Abschluss der 14-tägigen Behandlung dem zuständigen Unfall-  
 versicherungsträger übersenden! Für weitere Behandlung bitte neuen Plan verwenden!