SAMENVATTINGSKAART

Richtlijn Verslaglegging

Stappen 1 en 2 – Aanmelding en anamnese		
	Verplicht te noteren (v)	**Verplicht noteren indien relevant (i)**
Algemeen	Achternaam + voorletters	
	Geboortedatum	
	BSN-nummer	
	Datum aanmelding	
	Huisarts: naam	
	Hulpvraag	
DTO	Contactreden	Afwijkende symptomen/beloop
	Conclusie screening	Bewijsvoering chronische aandoening
	Indicatie voor verder OT handelen	
	Toestemming cliënt delen gegevens met de huisarts	
	DTO-bericht naar de huisarts (bij toestemming cliënt)	
Verwijzing	Verwijzer: naam en specialisatie	Door verwijzer verstrekte aanvullende (medische) gegevens
	Reden + context verwijzing	Procedurevoorstel/ vraagstelling verwijzer
Stap 2 – Aanvullende anamnese		
Verplicht		**Verplicht indien relevant**
Gezondheidsprobleem/ klacht in relatie tot contactreden		De aandoening of ziekte waarvoor de cliënt in behandeling komt
		Relevante informatie over het ontstaan van de klachten en/of probleem
		Functioneringsproblemen
		Participatieproblemen
		Relevante persoonlijke factoren
		Relevante omgevingsfactoren
Stap 3 – oefentherapeutisch onderzoek		
Verplicht		**Verplicht indien relevant**
Alle diagnostische verrichtingen relevant voor de oefentherapeutische diagnose		Alle diagnostische verrichtingen die tijdens de behandelfase zijn gemaakt

Stap 4 – oefentherapeutische diagnose	
Verplicht	**Verplicht indien relevant**
De cliënt: geslacht, leeftijd, verwijsdiagnose/ klacht (DTO), hulpvraag	Herstel belemmerende factoren
Beroepsspecifieke analyse + conclusie	Herstel bevorderende factoren
Indicatie voor Oefentherapie: ja/nee	Prognose voor herstel
	(Terug)verwijzing huisarts of andere discipline
Stap 5 – behandeldoel en behandelplan	
Verplicht	**Verplicht indien relevant**
Hoofddoel van de behandeling	De behandelfases/ tijdsplanning
Subdoelen, uitgewerkt in relevante aandachtsgebieden	Benodigde aanpassingen/hulpmiddelen
Inschatting aantal benodigde behandelsessies	Een evaluatiesystematiek
Besproken met en akkoord cliënt met behandelplan	Gebruik van protocollen/richtlijnen
Akkoord cliënt met opvragen of verstrekken van gegevens	Afwijken van expliciete aanbevelingen richtlijnen m.b.t. diagnostiek
	Afwijken van expliciete aanbevelingen richtlijnen m.b.t. type interventies en contra-indicaties
	Inschatting aantal behandelsessies, duur van het behandelproces en behandel-frequentie
	Gemaakte afspraken met de cliënt en met andere disciplines
Stap 6 – behandeling	
Verplicht	**Verplicht indien relevant**
Ervaring cliënt sinds vorige sessie	Resultaat overleg huisarts/verwijzer
Uitgevoerde verrichtingen tijdens de behandelsessie	Tussentijdse meetresultaten
Evaluatie op het verloop van uitgevoerde verrichtingen volgens therapeut en cliënt	Afspraken met cliënt voor periode tot volgende behandeling
	Aandachtspunten volgende behandelsessie/ afwijken plan
	Beslissing al dan niet continueren behandelplan op basis van de meetresultaten
	Update van voortgang behandeling naar de verwijzer
Stappen 7 en 8 – Evaluatie en afsluiting	
Verplicht	**Verplicht indien relevant**
Datum afsluiting	Behandelresultaat: behalen van behandeldoel; objectief meetresultaat
Reden einde zorg	Behandelproces
De eindrapportage verstuurd naar de verwijzer of huisarts (bij aanmelding via DTO)	Recidivebeleid
	Mogelijkheden nazorg