

Herr Mustermann  
27.11.2017

28.11.2017

29.11.2017

30.11.2017

01.12.2017

Zeit	Montag	Dienstag	Mittwoch	Donnerstag	Freitag	Bemerkung
08:00						
08:30	Bewegung am Morgen		Bewegung am Morgen		Bewegung am Morgen	
09:00	Chefärztlicher Kurzkontakt	09:00 Medizinisch physikalische Behandlung	<b>09:05 – 10:45</b>  Musik- Psychotherapie Gruppe II	09:00 Medizinisch physikalische Behandlung	<b>09:05 – 10:45</b>  Körpertherapie Gruppe II	
09:30						
10:00	10:00 Biofeedback	10:00  Chefarztgespräche		Chefärztlicher Kurzkontakt		
10:30		Gruppe II				
11:00		Frau Fargel	11:00 Neurofeedback			
11:30	<b>11:15 – 12:55</b>  Psychotherapie Gruppe II			<b>11:15 – 12:55</b>  Psychotherapie Gruppe II		
12:00			12:15 Körpereinzeltherapie			
12:30					12:15 Walking Großgruppe	
13:00						
13:30	Mittagspause	Mittagspause	Mittagspause	Mittagspause	Mittagspause	
14:00						
14:15	14:15 Arzttermin		14:30 <b>Patienten – Plenum</b>			
14:30						
15:00		15:00  Physiotherapie	15:15 Einzelpsychotherapie	15:00  Physiotherapie	15:15 Stabilisationstraining	
15:30					15:45 Meditation	
16:00						
16:15 - 17:55	16:15 - 17:55  Interaktions Gruppe	<b>16:15 – 17:55</b>  MBSR Training Achtsamkeitstraining Gruppe II	16:15 - 17:55  Mögliche Indikationsgruppe	<b>16:30 – 18:10</b>  Kunst- Therapie Gruppe II	16:15 Einzelpsychotherapie	
16:30						
17:00						
17:30						
18:00						

Ich bestätige hiermit, an den im Therapieplan gekennzeichneten Behandlungen, teilgenommen zu haben.

Unterschrift \_\_\_\_\_