

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	09:05 – 10:45 Musik- Psychotherapie Gruppe II	09:00 Medizinisch physikalische Behandlung	09:05 – 10:45 Körpertherapie Gruppe II	
09:30				Chefärztlicher Kurzkontakt		
10:00	10:00 Biofeedback	10:00 Chefarztgespräche Gruppe II				
10:30		Frau Fargel				
11:00	11:15 – 12:55		11:00 Neurofeedback	11:15 – 12:55		
11:30	Psychotherapie Gruppe II			Psychotherapie Gruppe II		
12:00			12:15 Körpereinzeltherapie		12:15 Walking Großgruppe	
12:30						
13:00						
13:30	Mittagspause	Mittagspause	Mittagspause	Mittagspause	Mittagspause	
14:00						
14:15	14:15 Arzttermin		14:30 Patienten – Plenum			
14:30						
15:00		15:00 Physiotherapie	15:15 Einzels psychotherapie	15:00 Physiotherapie	15:15 Stabilisationstraining	
15:30					15:45 Meditation	
16:00	16:15 -17:55	16:15 – 17.55 MBSR Training Achtsamkeitstraining Gruppe II	16:15 -17:55 Mögliche Indikationsgruppe	16:30 – 18:10 Kunst- Therapie Gruppe II	16:15 Einzels psychotherapie	
16:30	Interaktions Gruppe					
17:00						
17:30						
18:00						

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

Unterschrift _____