

Datum, Uhrzeit:

## STEP-ABSCHLUSSGESPRÄCH

Name:	Geburtsdatum:
Sporttherapeut:in:	Anzahl absolvierter Sporttherapieeinheiten:

### ZIELERREICHUNG

<p><b>physiologische Zielerreichung:</b></p> <p>Grad der Schmerzen? (1-10) [differenziert nach Schmerzbereich]</p> <p>Welche Ziele wurden erreicht?/ Wo gab/ gibt es Schwierigkeiten?</p> <p><b>Vergleich der physiologischen Testwerte vor und nach der Sporttherapie</b></p>	<p>Schmerzgrad Sporteingangstestung: Schmerzgrad jetzt:</p>
<p><b>psychologische Zielerreichung:</b></p> <p>Welche Ziele wurden erreicht?/ Wo gab/ gibt es Schwierigkeiten?</p>	
<p>Exploration weiterführender persönlicher Ziele</p>	

### VERSTETIGUNG UND AUFRECHTERHALTUNG DER KÖRPERLICHEN AKTIVITÄT

Konkrete Ziele zur Integration der körperlichen Aktivität in den Alltag:

Einstieg in ein Sportprogramm in dieser Einrichtung:

Einstieg in ein Sportprogramm in einer anderen Einrichtung/ Verein :

individuelle Ausübung von Sport (z.B. 1x/ Woche Laufen gehen):

Integration von körperlicher Aktivität in den Alltag (z.B. 2x/ Woche Treppen steigen):