

Verordnung zur Durchführung einer **Arbeitsplatzbezogenen Muskuloskelettalen Rehabilitation** oder **Tätigkeitsorientierten Rehabilitation (ABMR/TOR)**

Unfallversicherungsträger (UV-Träger)		Die Therapie darf erst mit Genehmigung des UV-Trägers begonnen werden. Diese Verordnung umfasst den vorgeschlagenen Zeitraum, längstens aber vier Wochen. Eine Verlängerung ist spätestens eine Woche vor Ablauf der Maßnahme dem UV-Träger anzuzeigen. Eine Gesamttherapiedauer von sechs Wochen darf nicht überschritten werden.
Name, Vorname der versicherten Person	Geburtsdatum	
Beschäftigt als	Seit	
Unfallbetrieb, ggf. mit Telefon-Nr. (Bezeichnung bzw. Name und Anschrift Arbeitgeber/-in, der Kindertageseinrichtung, der Schule oder Hochschule, der/des Pflegebedürftigen)		
Vollständige Anschrift der versicherten Person		Telefon-Nr. der versicherten Person

Unfalltag	Az. des UV-Trägers
-----------	--------------------

Diagnosen, die diese Rehabilitationsmaßnahme begründen:

- 1.
- 2.
- 3.
- 4.

Weitere Diagnose(n) und Kontextfaktoren, die für diese Rehabilitation relevant sein können:

Therapiehinweise:

Orthopädietechnische Versorgung/Schuhversorgung ist abgeschlossen

Sprachbarriere, Muttersprache:

Sonstiges

Voraussichtliche Therapiedauer:

4 Wochen 2 Wochen

Soweit die Rehabilitationsmaßnahme stationär durchgeführt werden soll, bitte begründen:

Beginn der Rehabilitationsmaßnahme:

Unverzüglich (spätestens innerhalb einer Woche nach Ausstellung der Verordnung).

Am _____, weil

Wiedervorstellung bei mir am:

Vorgeschlagene Einrichtung für die Rehabilitationsmaßnahme:

Hinweise für den UV-Träger:

Datum	Name und Anschrift der verordnenden Ärztin/des verordnenden Arztes	Unterschrift
-------	--	--------------

Genehmigung (durch UV-Träger)		
<input type="checkbox"/> Ja, ABMR ambulant	Beigefügt sind:	<input type="checkbox"/> Tätigkeitsprofil
<input type="checkbox"/> Ja, ABMR stationär		<input type="checkbox"/> Reha-Plan
<input type="checkbox"/> Ja, ABMR aber andere Einrichtung:		<input type="checkbox"/> Vorbefunde
<input type="checkbox"/> Ja, TOR in BG Klinik		
<input type="checkbox"/> Nein, Information (an versicherte Person, verordnende/n Ärztin/Arzt, Therapieeinrichtung) folgt		
Datum	Unterschrift der Sachbearbeitung	Anschrift/Stempel des UV-Trägers

Verteiler für Verordnung:
UV-Träger

Verteiler für Genehmigung:
ABMR/TOR-Einrichtung
Verordnende/r Ärztin/Arzt