|  |  |
| --- | --- |
| **Verordnung** zur Durchführung einer **Erweiterten Ambulanten Physiotherapie (EAP)** |  |
| Unfallversicherungsträger | Die EAP darf erst mit Vorliegen der Kostenzusage des UV-Trägers begonnen werden. Diese Verordnung umfasst 2 Wochen. Zur Fortführung ist eine neue Verordnung der/des D-Ärztin/D-Arztes1 notwendig. Eine weitere Kostenzusage des UV-Trägers ist nicht erforderlich.Die EAP umfasst als Komplextherapie immer Krankengymnastik, Physikalische Therapie und Medizinische Trainingstherapie (MTT). Eine isolierte MTT bedarf keiner Kostenzusage und ist in einer EAP-Einrichtung durchzuführen.- Weitere Hinweise siehe Folgeseite - |
| […] |
| Name, Vorname der versicherten Person | Geburtsdatum |
| […] | […] |
| Vollständige Anschrift |
| […] |
| Telefon-Nr. |
| […] |
| Beschäftigt als | Unfalltag und ggf. Aktenzeichen des Unfallversicherungsträgers |
| […] | […] |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 1. **Diagnose(n), die die EAP begründen**
 | ICD 10 | OP-Datum | Art der Versorgung | AO-Klass. |
| 1. […]
2. […]
3. […]
4. […]
 | […][…][…][…] | […][…][…][…] | […][…][…][…] | […][…][…][…] |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 1. **Beigefügt ist/sind:**
 | [ ]  Reha-Plan | [ ]  Vorbefunde (Entlassungsbericht, OP-Bericht usw.) | [ ]  D-Arzt-Bericht (F 1000) |
| 1. **Weitere Diagnose(n) und Kontextfaktoren (Freitext und ICD 10), die für die EAP relevant sein können**
 |
| […] |
| 1. **Therapiehinweise**

[ ]  Stabilitätsgrad (z. B. belastungsstabil bis 20 kg): […][ ]  Weitere Limitierungen (z. B. Bewegungsausmaß): […][ ]  Therapieeinschränkende Wunden: […][ ]  Multiresistente Erreger (Typ und Lokalisation): […][ ]  Sonstige (z. B. orthopädietechnische Versorgung, Sprachbarriere etc.): […] [ ]  Bitte um telefonische Rücksprache durch Therapeutin/Therapeuten (Telefon-Nr. und Zeitfenster angeben): […]  |
| 1. **Konkrete Therapieziele** (z. B. Abtrainieren der Gehstützen, Treppensteigen 1. Etage; ROM 0-0-90° etc.)
 |
| […] |
| [ ]  Arbeitsplatzbezogene Therapieziele (z. B. Überkopfarbeit, Bewältigung von langen Gehstrecken, Heben/Tragen) |
| […] |
| 1. **Leistungsumfang**
 | [ ]  **EAP (Krankengymnastik, Physikalische Therapie und MTT als Komplextherapie)**[ ]  **MTT (isoliert und in EAP-Einrichtung)2** |
| [ ]  Ergänzende Hinweise zum Leistungsumfang (spezielle Behandlungstechniken, Therapieinhalte usw.): |
| […] |
| [ ]  Ergotherapie wurde zusätzlich verordnet |
| 1. **Behandlungsfrequenz**
 |
| [ ]  5 Tage/Woche | [ ]  […] Tage/Woche | Voraussichtliche Gesamtdauer der EAP: […] |
| 1. **Vorgeschlagene EAP-Einrichtung**
 |
| […] |
| 1. **Beginn der EAP**
 |
| [ ]  Unverzüglich (spätestens innerhalb einer Woche nach Verordnung) | [ ]  Frühestens am (Datum): […] |
| 1. **Ergänzende Hinweise für den UV-Träger**
 |
| […] |
| **Datum** | **Name und Anschrift der Durchgangsärztin/des Durchgangsarztes1** | **Unterschrift** |
| […] | […] | […] |
|  | Fax-Nr. für Antwort: […] |  |
| **Kostenzusage des UV-Trägers** (nur bei EAP-Erstverordnung erforderlich) |
| [ ]  Nein, Information folgt[ ]  Ja |
| Datum | Unterschrift |
| […] | […] |

1 oder Handchirurgin/Handchirurg nach § 37 Abs. 3 Ärztevertrag

2 Die Kostenzusage der isolierten MTT durch den UV-Träger ist nicht erforderlich.

|  |
| --- |
| […] |
|  | **Hinweise**Ist neben der EAP zusätzlich eine ergotherapeutische Behandlung erforderlich, ist diese gesondert mit dem Vordruck F 2402 zu verordnen.Ein EAP-Verfahren ist grundsätzlich auf 4 Wochen begrenzt. Sollte die EAP über 4 Wochen hinaus erforderlich sein, ist zusätzlich zur Verordnung eine ärztliche Begründung notwendig. Soweit der UV-Träger der Fortführung über die 4. Woche hinaus nicht widerspricht, kann die EAP weiterhin erbracht werden. |  |