|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **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. |  |