

DGUV Landesverband West, Postfach 10 34 45, 40025 Düsseldorf

An die
Durchgangssärztinnen und
Durchgangssärzte in Nordrhein-Westfalen

Unser Zeichen: Mey/Ha
Ansprechperson: Frau Habermann
Telefon: +49 30 13001 5411
Telefax: +49 30 13001 5471
E-Mail: lara.habermann@dguv.de

Rundschreiben D 04/2023

30. März 2023

Neue Vereinbarungen für die Erbringung physiotherapeutischer und ergotherapeutischer Leistungen ab 01.04.2023

Sehr geehrte Damen und Herren,

die DGUV hat mit den Verbänden der physiotherapeutischen und ergotherapeutischen Berufe neue Verträge abgeschlossen, die zum 01.04.2023 in Kraft treten werden.

Im Rahmen der Vertragsverhandlungen wurden auch neue Verordnungsformulare für die Physio- und Ergotherapie abgestimmt und beschlossen.

Mit dem Ziel von einheitlichen Vorgehensweisen bei der Durchführung der Leistungen im Heilmittelbereich wurden die Verhandlungen mit den Berufsverbänden für Physio- und Ergotherapie parallel geführt, sodass ein Inkrafttreten für beide Vereinbarungen zum 01.04.2023 mit identischen Regelungen insbesondere zu Fristen und Verordnungsdauer realisiert werden konnte.

Übergangsregelungen

Sie können die Verordnungen F2400 (Anlage 1) und F 2402 (Anlage 2) als elektronisches Dokument (ausfüllbare PDF-Datei) wie bisher bei den Landesverbänden der DGUV anfordern. Dies gilt auch für Ihre IT-Dienstleister, damit diese die Verordnungen in Ihre Praxis-Software integrieren können.

Die Kontaktdaten der Landesverbände finden Sie unter folgendem Link:

<https://www.dguv.de/landesverbaende/de/wir-ueber-uns/lv-west/index.jsp>

Für eine Übergangsfrist bis zum **31.10.2023** können Sie auch weiterhin die bisherigen Verordnungen nutzen. Spätestens danach sind ausschließlich die neuen Verordnungen zu verwenden. Hinsichtlich der Verwendung alter Verordnungsvordrucke besteht für die Leistungserbringenden Vertrauensschutz.

1 / 4

**Deutsche Gesetzliche
Unfallversicherung e.V. (DGUV)**

Spitzenverband der gewerblichen
Berufsgenossenschaften und der
Unfallversicherungsträger der
öffentlichen Hand

Kreuzstr. 34
40210 Düsseldorf

Kreuzstr. 34
40210 Düsseldorf
Telefon +49 (30) 13001-5400
Telefax +49 (30) 13001-5471
lv-west@dguv.de
www.dguv.de/landesverbaende

Bank Commerzbank AG
IBAN DE27 3804 0007 0333 3200 00
BIC COBADEFFXXX

USt-ID-Nr. DE123 382 489
Steuer-Nr. 222/5751/0325
IK 12 05 9148 1

Im Folgenden erläutern wir Ihnen die wichtigsten Änderungen für die Verordnung und Durchführung physio- und ergotherapeutischer Leistungen:

Die Verordnungen wurden um therapiebegründende Diagnosen und Kontextfaktoren, Therapiehinweise und konkrete Therapieziele (Felder 1 – 4 der Verordnung) erweitert.

Die Physiotherapieverordnung (F 2400) enthält jetzt den Hinweis, dass „KG am Gerät“ keine Leistung der gesetzlichen UV ist und im Bedarfsfall Medizinische Trainingstherapie mit der EAP-Verordnung (F 2410) zu rezeptieren ist.

Feld 8 der Verordnungen:

Nur noch bei dringendem Behandlungsbedarf ist mit der Behandlung innerhalb von 7 Tagen, ansonsten innerhalb von 14 Tagen ab dem auf der Verordnung angegebenen Datum (Feld 8) zu beginnen. Die Entscheidung darüber treffen Sie aufgrund der medizinischen Indikation.

Neu ist, dass ein festes Datum auch für einen späteren Beginn der therapeutischen Behandlung eingetragen werden kann, sobald aus Ihrer Sicht absehbar ist, ab wann dies erforderlich ist. Hierdurch soll eine frühzeitige Terminplanung durch die Leistungserbringenden möglich sein, wenn schon zu einem frühen Zeitpunkt der Beginn der therapeutischen Behandlung ärztlicherseits festgelegt werden kann. Bitte weisen Sie in Fällen mit in der Zukunft liegendem Therapiebeginn die Versicherten daraufhin die Verordnung sofort in der Therapiepraxis vorzulegen und entsprechende Termine zu vereinbaren.

Bei offensichtlich falschem (z. B. in der Vergangenheit liegendem) oder fehlendem Datum in Feld 8 gilt ersatzweise das Datum der Ausstellung der Verordnung als Zeitpunkt für den Beginn der Behandlung.

Anzahl der Behandlungen (Feld 5, 2. Mittlere Spalte der Verordnungen):

Eine Verordnung darf (wie bisher) nur Behandlungen für max. 4 Wochen umfassen, danach ist eine Begründung und erneute Verordnung erforderlich.

Beispiel aus der Praxis: 10 Behandlungstage 2-mal wöchentlich passen nicht in 4 Wochen!

Verordnungsdauer:

Grundsätzlich verliert die Verordnung 2 Monate nach dem auf der Verordnung des D-Arzt/der D-Ärztin angegebenen Datum (Feld 8) ihre Gültigkeit und damit entfällt der Vergütungsanspruch für die danach erbrachten Leistungen. Alle im Gültigkeitszeitraum erbrachten Behandlungen einer Verordnung sind zu vergüten.

Ausnahmsweise kann die Durchführung der noch offenen Behandlungen einer Verordnung auch nach Ablauf der 2 Monate mit Ihnen vereinbart werden, wenn das Erreichen des angestrebten Therapieziels weiter gesichert ist. Voraussetzung für die Vergütung ist die entsprechende Dokumentation in Feld 8 (s. u.: „Änderungen im Einvernehmen mit dem verordnenden Arzt/der verordnenden Ärztin“).

Unterbrechung der Behandlung:

Während der 2-monatigen Gültigkeit der Verordnung darf es nicht mehr als 14 Tage am Stück therapiefreie Zeit geben.

Sobald ein Patient oder Patientin innerhalb einer Verordnung mehr als 14 Tage nicht behandelt wird, verliert die Verordnung ihre Gültigkeit und der Patient oder die Patientin muss eine neue Verordnung vorlegen bzw. Sie müssen der Fortführung der noch offenen Behandlungen zustimmen (Dokumentation in Feld 8 s. u.: "Änderungen im Einvernehmen mit dem verordnenden Arzt/der verordnenden Ärztin").

Langzeitverordnung:

Neu geregelt ist die Möglichkeit, eine Langzeitverordnung bis zu 6 Monaten auszustellen (Feld 9 der Verordnung). Hierfür ist vorab die Kostenzusage des UV-Trägers in schriftlicher Form durch die Therapiepraxis oder die versicherte Person einzuholen. Der Umfang der verordneten Behandlungen ist nicht begrenzt und richtet sich ausschließlich nach der medizinischen Notwendigkeit, die vom zuständigen UV-Träger im Rahmen der Kostenzusage überprüft werden kann.

Für Unterbrechungen gelten andere Fristen als bei Akutfällen: Die Verordnung verliert ihre Gültigkeit, sobald die Behandlung um mehr als 4 Kalenderwochen unterbrochen wurde. Wenn an mehr als 28 Tagen am Stück keine Behandlung durchgeführt wurde, ist eine neue Verordnung erforderlich. Der Grund für die behandlungsfreie Zeit ist dabei irrelevant.

Ausnahme: Eine stationäre Rehabilitation dauert länger als 3 Wochen. Wenn die Behandlung innerhalb von 7 Tagen nach Ende der Rehabilitationsmaßnahme fortgesetzt wird, behält die Verordnung ihre Gültigkeit einschließlich des Vergütungsanspruchs für noch offene Behandlungen, jedoch nicht länger als 6 Monate ab dem auf der Verordnung von Ihnen angegebenen Behandlungsbeginn (Feld 8) bzw. ersatzweise dem Verordnungsdatum.

Änderungen im Einvernehmen mit dem verordnenden Arzt/ der verordnenden Ärztin:

Diese sind in Ausnahmefällen möglich, müssen aber mit Ihnen telefonisch, schriftlich (einschließlich Fax/E-Mail) abgestimmt sein und dokumentiert werden (im Freitext Feld 8 mit Datum und Unterschrift sowie bei Dokumentation durch den Leistungserbringenden mit dem Kürzel "LE"). Fehlt eine entsprechende Dokumentation auf der Verordnung, entfällt der Vergütungsanspruch. Eine nachträgliche Vergütung kann erfolgen, wenn ein entsprechender Nachweis durch den Leistungserbringenden z.B. mit Ihrer Bestätigung noch erbracht wird.

In Zusammenarbeit mit den Berufsverbänden der physiotherapeutischen und ergotherapeutischen Berufe wurde außerdem ein Frage-Antwort-Katalog mit Beispielen aus der Praxis abgestimmt.

Die Vereinbarungen und der Frage-Antwort-Katalog sind auf der Webseite der DGUV hinterlegt:

https://www.dguv.de/de/reha_leistung/verguetung/index.jsp

Die Handlungsanleitung zur Verordnung, Durchführung und Qualitätssicherung der Physiotherapie/Krankengymnastik - Physikalischen Therapie, Ergotherapie, EAP, BGSW und ABMR der DGUV wird zeitnah angepasst.

Freundliche Grüße
Im Auftrag

Alexander Meyer
Stellv. Geschäftsstellenleiter

Anlagen

Verordnung zur Durchführung von Leistungen zur Physiotherapie

Unfallversicherungsträger		Sie dürfen Leistungen dieser Verordnung erbringen und abrechnen, wenn Sie die Regelungen der Vereinbarung zwischen den physiotherapeutischen Berufsverbänden und den Verbänden der UV-Träger – in gültiger Fassung – anerkennen. Insbesondere ist Voraussetzung, dass Sie die fachlichen Anforderungen erfüllen und die vereinbarten Gebühren akzeptieren. Fehlen festgelegte Voraussetzungen, besteht kein Vergütungsanspruch. KG am Gerät ist keine Leistung der gesetzlichen UV. Im Bedarfsfall ist MTT mit der EAP-Verordnung (F 2410) zu rezeptieren.	
Name, Vorname der versicherten Person	Geburtsdatum		
Vollständige Anschrift			
Telefon-Nr.			
Beschäftigt als			
		Unfalltag und ggf. Aktenzeichen des Unfallversicherungsträgers	
1. Diagnose(n), die die Physiotherapie begründen			
2. Weitere Diagnose(n) und Kontextfaktoren, die für die Physiotherapie relevant sein können			
3. Therapiehinweise <input type="checkbox"/> Stabilitätsgrad (z. B. belastungsstabil 20 kg bis ...): <input type="checkbox"/> Weitere Limitierungen (z. B. Bewegungsausmaß): <input type="checkbox"/> Angewandte OP-Technik: <input type="checkbox"/> Therapieeinschränkende Wunden: <input type="checkbox"/> Multiresistente Erreger (Typ und Lokalisation): <input type="checkbox"/> Sonstige (z. B. orthopädietechnische Versorgung, Sprachbarriere etc.): <input type="checkbox"/> Bitte um telefonische Rücksprache durch Therapeutin/Therapeuten, (Telefon-Nr. und Zeitfenster angeben):			
4. Konkrete Therapieziele (z. B. Steigerung ROM, funktioneller Kraftaufbau, Gangschule etc.)			
5. Leistungsziffern (Übersicht s. Folgeseite)	Anzahl der Behandlungen insgesamt (max. Behandlungszeit 4 Wochen Ausnahme: Langzeitverordnung s. Nr. 9)	Behandlungstage pro Woche	
Beim Abweichen von den Regel-Zeitintervallen (s. Folgeseite) bitte ausfüllen und begründen			
6. Leistungsziffern (s. Folgeseite)	Behandlungseinheiten pro Behandlungstag	Zeitintervalle pro Behandlungseinheit	Gründe
7. Voraussichtliche Gesamttherapiedauer			
8. Physiotherapiebeginn am _____ (spätestens innerhalb von 14 Tagen nach diesem Datum.) <input type="checkbox"/> Bei dringendem Behandlungsbedarf spätestens innerhalb von 7 Tagen nach diesem Datum.			
9. <input type="checkbox"/> Langzeitverordnung (bis max. 6 Monate) – Die erforderliche Kostenzusage ist vor Behandlungsbeginn vom Leistungserbringenden oder von der versicherten Person gemäß Rahmenvertrag Physiotherapie einzuholen.			
Datum	Name, Anschrift und Telefon-Nr. der Durchgangsarztin/des Durchgangsarztes*		Unterschrift
Für die Bestätigung der Behandlung bitte die Folgeseite nutzen.			

oder berechnete Ärztin/berechneter Arzt nach Ziffer 2 Teil A der Handlungsanleitung

Übersicht über Leistungsziffern, -beschreibungen und Zeitintervalle¹⁾ pro Behandlungseinheit

<p>8101 (9101)²⁾ Krankengymnastische Behandlung auch auf neurophysiologischer Grundlage <i>Regel-Zeitintervalle: 2</i></p> <p>8102 (9102)²⁾ Krankengymnastische Behandlung auf neurophysiologischer Grundlage bei erworbenen traumatischen, zentralen und peripheren Bewegungsstörungen beim Kind <i>Regel-Zeitintervalle: 4</i></p> <p>8103 (9103)²⁾ Krankengymnastische Behandlung auf neurophysiologischer Grundlage bei erworbenen traumatischen, zentralen und peripheren Bewegungsstörungen beim Erwachsenen <i>Regel-Zeitintervalle: 3</i></p> <p>8104 (9104)²⁾ Krankengymnastische Behandlung in Gruppen ab 3 Teilnehmenden <i>Regel-Zeitintervalle: 2</i></p> <p>8105 (9105)²⁾ Krankengymnastik im Bewegungsbad (+) <i>Regel-Zeitintervalle: 2</i></p> <p>8106 (9106)²⁾ Krankengymnastik im Bewegungsbad in Gruppen (+) <i>Regel-Zeitintervalle: 2</i></p> <p>8107 (9107)²⁾ Manuelle Therapie <i>Regel-Zeitintervalle: 2</i></p>	<p>8201 (9201)²⁾ Wärmeanwendung bei einem oder mehreren Körperabschnitten (alle Wärmestrahler) <i>Regel-Zeitintervall: 1</i></p> <p>8202 (9202)²⁾ Heiße Rolle bei einem oder mehreren Körperabschnitten <i>Regel-Zeitintervalle: 2</i></p> <p>8203 (9203)²⁾ Warpackung oder Teilbäder eines oder mehrerer Körperabschnitte mit Paraffinen bzw. Paraffin-Peloid-Gemischen (+) <i>Regel-Zeitintervalle: 2</i></p> <p>8204 (9204)²⁾ Warpackung mit natürlichen Peloiden (Moor, Fango, Schlick, Pelose) Teilpackung eines Körperabschnittes (+) <i>Regel-Zeitintervalle: 2</i></p> <p>8205 (9205)²⁾ Warpackung mit natürlichen Peloiden (Moor, Fango, Schlick, Pelose) Doppelpackung, zwei Körperabschnitte (+) <i>Regel-Zeitintervalle: 2</i></p> <p>8206 (9206)²⁾ Kälteanwendung bei einem oder mehreren Körperabschnitten (Komresse, Eisbeutel, Peloid, Eisteilbad) <i>Regel-Zeitintervall: 1</i></p> <p>8207 (9207)²⁾ Apparative Kälteanwendung bei einem oder mehreren Körperteilen (Kaltgas, Kaltluft)</p>	<p>8301 (9301)²⁾ Elektrobehandlung einzelner oder mehrerer Körperabschnitte mit Reizströmen <i>Regel-Zeitintervalle: 2</i></p> <p>8302 (9302)²⁾ Elektrogymnastik einzelner oder mehrerer Körperabschnitte bei Lähmungen <i>Regel-Zeitintervalle: 2</i></p> <p>8303 (9303)²⁾ Behandlung einzelner oder mehrerer Körperabschnitte mit Ultraschall <i>Regel-Zeitintervall: 1</i></p> <p>8304 (9304)²⁾ Behandlung eines oder mehrerer Körperabschnitte mit Iontophorese (ohne Medikamente) <i>Regel-Zeitintervall: 1</i></p>	<p>8401 (9401)²⁾ Klassische Massage sowie Spezialmassage</p> <p>8402 (9402)²⁾ Manuelle Lymphdrainage eines Körperabschnitts <i>Regel-Zeitintervalle: 3</i></p> <p>8403 (9403)²⁾ Manuelle Lymphdrainage zweier oder mehrerer Körperabschnitte <i>Regel-Zeitintervalle: 4</i></p> <p>8403 a (9403 a)²⁾ Kompressionsbandagierung</p> <p>8405 (9405)²⁾ Hand-, Fußbad mit Zusatz (+)</p> <p>8407 (9407)²⁾ Gashaltiges Bad (+)</p> <p>8409 (9409)²⁾ Hydroelektrisches Vollbad (+)</p> <p>8410 (9410)²⁾ Zwei- und Vierzellenbad</p> <p>8412 (9412)²⁾ Unterwasserdruckstrahlmassage (+)</p> <p>8413 (9413)²⁾ Chirogymnastik</p> <p>8414 (9414)²⁾ Extensionsbehandlung</p>	<p>8501 (9501)²⁾ Einzelinhalation <i>Regel-Zeitintervall: 1</i></p> <p>8502 (9502)²⁾ Rauminhalation <i>Regel-Zeitintervall: 1</i></p> <p>8601 (9601)²⁾ Zusätzlich ärztlich verordnete Ruhe</p> <p>8602 (9602)²⁾ Ärztlich verordneter Hausbesuch</p>
---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

¹⁾ Ein Zeitintervall entspricht einer Behandlungszeit von 10 Minuten.

²⁾ Die mit "8" beginnenden Ziffern entsprechen der Vereinbarung mit den Verbänden der physiotherapeutischen Berufe. Die mit "9" beginnenden Ziffern entsprechen dem BG-Nebenkostentarif bei ambulanter Leistungserbringung durch ein Krankenhaus.

(+) Bei allen mit (+) gekennzeichneten Positionen ist die erforderliche Nachruhe Bestandteil des Vergütungssatzes.

Bestätigung der Leistungserbringung durch die versicherte Person

Ausschließlich bei der ersten Verordnung und dem Vorliegen von komplexen Verletzungsmustern können die ersten beiden Behandlungseinheiten zu einer Doppelbehandlung zeitlich zusammengefasst werden. In diesem Fall hat die versicherte Person die Inanspruchnahme der Leistung für beide Behandlungseinheiten separat – also insgesamt zwei Mal – zu quittieren. Genaueres hierzu siehe Rahmenvertrag Physiotherapie.

Datum	Unterschrift	Datum	Unterschrift

Datum	Unterschrift Therapeut/in
-------	---------------------------

Verordnung zur Durchführung von Leistungen zur Ergotherapie

Unfallversicherungsträger		Sie dürfen Leistungen dieser Verordnung erbringen und abrechnen, wenn Sie die Regelungen der Vereinbarung zwischen dem ergotherapeutischen Berufsverband und den Verbänden der UV-Träger – in gültiger Fassung – anerkennen. Insbesondere ist Voraussetzung, dass Sie die fachlichen Anforderungen erfüllen und die vereinbarten Gebühren akzeptieren. Fehlen festgelegte Voraussetzungen, besteht kein Vergütungsanspruch.	
Name, Vorname der versicherten Person	Geburtsdatum		
Vollständige Anschrift			
Telefon-Nr.			
Beschäftigt als		Unfalltag und ggf. Aktenzeichen des Unfallversicherungsträgers	
1. Diagnose(n), die die Ergotherapie begründen			
2. Weitere Diagnose(n) und Kontextfaktoren, die für diese Ergotherapie relevant sein können			
3. Therapiehinweise <input type="checkbox"/> Stabilitätsgrad (z. B. belastungsstabil 20 kg bis ...): <input type="checkbox"/> Weitere Limits (z. B. Bewegungsausmaß): <input type="checkbox"/> Therapieeinschränkende Wunden: <input type="checkbox"/> Angewandte OP-Technik: <input type="checkbox"/> Multiresistente Erreger (Typ und Lokalisation): <input type="checkbox"/> Sonstige (z. B. orthopädie-technische Versorgung, Sprachbarriere etc.): <input type="checkbox"/> Bitte um telefonische Rücksprache durch Therapeutin/Therapeuten. (Telefon-Nr. und Zeitfenster angeben):			
4. Konkrete Therapieziele (z. B. Fingerbeweglichkeit, Funktionstraining, propriozeptives Training etc.)			
5. Leistungsziffern (s. Folgeseite)	Anzahl der Behandlungen insgesamt (max. Behandlungszeit 4 Wochen Ausnahme: Langzeitverordnung s. Nr. 9)	Behandlungstage pro Woche	
Beim Abweichen von den Regel-Zeitintervallen (s. Folgeseite) bitte ausfüllen und begründen			
6. Leistungsziffern (s. Folgeseite)	Behandlungseinheiten pro Behandlungstag	Zeitintervalle pro Behandlungseinheit	Gründe
7. Voraussichtliche Gesamttherapiedauer			
8. Ergotherapiebeginn am _____ (spätestens innerhalb von 14 Tagen nach diesem Datum.) <input type="checkbox"/> Bei dringendem Behandlungsbedarf spätestens innerhalb von 7 Tagen nach diesem Datum.			
9. <input type="checkbox"/> Langzeitverordnung (bis max. 6 Monate) – Die erforderliche Kostenzusage ist vor Behandlungsbeginn vom Leistungserbringenden oder von der versicherten Person gemäß Rahmenvertrag Ergotherapie einzuholen.			
Datum	Name, Anschrift und Telefon-Nr. der Durchgangsrätin/des Durchgangsarztes*		Unterschrift

Für die Bestätigung der Behandlung bitte die Folgeseite nutzen.

oder berechnete Ärztin/berechneter Arzt nach Ziffer 2 Teil B der Handlungsanleitung

Übersicht über Leistungsziffern, -beschreibungen und Zeitintervalle¹⁾ pro Behandlungseinheit
 (Bei allen Leistungen ist im Regelfall eine Behandlungseinheit pro Behandlungstag zu Grunde zu legen)

<p>11.1 Ergotherapeutische Behandlung bei motorisch-funktionellen Störungen <i>Regel-Zeitintervalle: 3</i></p> <p>11.2 Ergotherapeutische Behandlung bei sensomotorischen/perzeptiven Störungen <i>Regel-Zeitintervalle: 4</i></p> <p>11.3 Ergotherapeutisches Hirnleistungstraining/Neuropsychologisch orientierte Behandlung <i>Regel-Zeitintervalle: 3</i></p> <p>11.4 Ergotherapeutische Einzelbehandlung bei psychisch-funktionellen Störungen <i>Regel-Zeitintervalle: 5</i></p> <p>11.5 Arbeits therapie/Betriebliches Arbeitstraining (In enger Kooperation und nur nach Genehmigung durch den UV-Träger. Hierzu nimmt der/die Ergotherapeut/in mit dem UV-Träger Kontakt auf.) <i>Regel-Zeitintervalle: 4</i></p> <p>11.6 Beratung zur Integration in das berufliche und soziale Umfeld außerhalb der ergotherapeutischen Praxis (In enger Kooperation und nur nach Genehmigung durch den UV-Träger. Hierzu nimmt der/die Ergotherapeut/in mit dem UV-Träger Kontakt auf.) <i>Regel-Zeitintervalle: 4</i></p>	<p>12.2 Thermische Anwendungen - Wärme oder Kälte</p> <p>12.3 Ergotherapeutische temporäre Schiene (Bei Schienen über 200 EUR ist ein Kostenvoranschlag erforderlich.)</p> <p>12.5 Ärztlich verordneter Hausbesuch</p>
<p>¹⁾ Ein Zeitintervall entspricht einer Behandlungszeit von 15 Minuten. Die notwendige Vor- und Nachbereitung ist Bestandteil der Behandlungszeit.</p>	

Bestätigung der Leistungserbringung durch die versicherte Person

Datum	Unterschrift	Datum	Unterschrift

Datum	Unterschrift Therapeut/in
-------	---------------------------