

| <b>Verordnung zur Durchführung einer Erweiterten Ambulanten Physiotherapie (EAP)</b>   |   |  |                    |           |   |
|--|---|--|--------------------|-----------|---|
| 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-Arzt <sup>1</sup> notwendig. Eine weitere Kostenzusage des UV-Trägers ist nicht erforderlich.<br>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.<br>- Weitere Hinweise siehe Folgeseite - |                    |           |   |
| Name der versicherten Person   |   |  |                    |           | Geburtsdatum                                |
| Vollständige Anschrift   |   |  |                    |           | Telefon-Nr.                                 |
| Beschäftigt als  |   |  |                    |           | Unfalltag/AZ des Unfallversicherungsträgers |
| <b>1. Diagnose(n), die die EAP begründen</b>   | ICD 10  | OP-Datum   | Art der Versorgung | AO-Klass. |   |
| a)   |   |  |                    |           |   |
| b)   |   |  |                    |           |   |
| c)   |   |  |                    |           |   |
| d)   |   |  |                    |           |   |
| <b>2. Beigefügt ist:</b> <input type="checkbox"/> Reha-Plan <input type="checkbox"/> Vorbefunde (Entlassungsbericht, OP-Bericht usw.) <input type="checkbox"/> D-Arzt-Bericht (F 1000)   |   |  |                    |           |   |
| <b>3. Weitere Diagnose(n) und Kontextfaktoren (Freitext und ICD 10), die für die EAP relevant sein können:</b>   |   |  |                    |           |   |
| <b>4. Therapiehinweise:</b><br><input type="checkbox"/> Stabilitätsgrad (z.B. belastungsstabil 20 kg bis .....):<br><input type="checkbox"/> Weitere Limits (z.B. Bewegungsausmaß):<br><input type="checkbox"/> Therapieeinschränkende Wunden:<br><input type="checkbox"/> Multiresistente Erreger:<br><input type="checkbox"/> Bitte um Anruf (T.Nr. und Zeitfenster bitte angeben) durch Therapeutin/Therapeuten:<br><input type="checkbox"/> Sonstige (z.B. orthopädie-technische Versorgung, Sprachbarriere etc.): |   |  |                    |           |   |
| <b>5. Konkrete Therapieziele</b> (z.B. Abtrainieren der Gehstützen, Treppensteigen 1. Etage; ROM 0-0-90° etc.):<br><br><input type="checkbox"/> Arbeitsplatzbezogene Therapieziele (z.B. Überkopparbeit, Bewältigung von langen Gehstrecken, Heben/Tragen):  |   |  |                    |           |   |
| <b>6. Leistungsumfang:</b> <input type="checkbox"/> EAP (Krankengymnastik, Physikalische Therapie und MTT als Komplextherapie)<br><input type="checkbox"/> MTT (isoliert und in EAP-Einrichtung) <sup>2</sup><br><input type="checkbox"/> Ergänzende Hinweise zum Leistungsumfang (spezielle Behandlungstechniken, Therapieinhalte usw.):<br><br><input type="checkbox"/> Ergotherapie wurde zusätzlich verordnet  |   |  |                    |           |   |
| <b>7. Behandlungsfrequenz:</b><br><input type="checkbox"/> 5 Tage/Woche <input type="checkbox"/> ___ Tage/Woche    Voraussichtliche Gesamtdauer der EAP:   |   |  |                    |           |   |
| <b>8. Vorgeschlagene EAP-Einrichtung:</b>  |   |  |                    |           |   |
| <b>9. Beginn der EAP:</b><br><input type="checkbox"/> Unverzüglich (spätestens innerhalb einer Woche nach Verordnung) <input type="checkbox"/> Frühestens am (Datum):  |   |  |                    |           |   |
| <b>10. Ergänzende Hinweise für den UV-Träger:</b>  |   |  |                    |           |   |
| Datum  | Name und Anschrift der Durchgangsarztin/des Durchgangsarztes <sup>1</sup> |  | Unterschrift       |           |   |
| Fax-Nr. für Antwort:   |   |  |                    |           |   |
| <b>Kostenzusage des UV-Trägers</b> (nur bei EAP-Erstverordnung erforderlich)<br><input type="checkbox"/> nein, Information folgt<br><input type="checkbox"/> ja  |   |  |                    |           |   |
| Datum  | Unterschrift  |  |                    |           |   |

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

<sup>2</sup> 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.