

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-Arzt ¹ notwendig. Eine weitere Kostenzusage des UV-Trägers ist nicht erforderlich.		
Name, Vorname der versicherten Person		Geburtsdatum		
Vollständige Anschrift		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 -		
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.
a)				
b)				
c)				
d)				
2. Beigefügt ist/sind: <input type="checkbox"/> Reha-Plan <input type="checkbox"/> Vorbefunde (Entlassungsbericht, OP-Bericht usw.) <input type="checkbox"/> D-Arzt-Bericht (F 1000)				
3. Weitere Diagnose(n) und Kontextfaktoren (Freitext und ICD 10), die für die EAP relevant sein können				
4. Therapiehinweise <input type="checkbox"/> Stabilitätsgrad (z. B. belastungsstabil bis 20 kg): <input type="checkbox"/> Weitere Limitierungen (z. B. Bewegungsausmaß): <input type="checkbox"/> Therapieeinschränkende Wunden: <input type="checkbox"/> Multiresistente Erreger (Typ und Lokalisation): <input type="checkbox"/> Sonstige (z. B. orthopädiotechnische Versorgung, Sprachbarriere etc.): <input type="checkbox"/> Bitte um telefonische Rücksprache durch Therapeutin/Therapeuten (Telefon-Nr. und Zeitfenster angeben):				
5. Konkrete Therapieziele (z. B. Abtrainieren der Gehstützen, Treppensteigen 1. Etage; ROM 0-0-90° etc.) <input type="checkbox"/> Arbeitsplatzbezogene Therapieziele (z. B. Überkopfarbeit, Bewältigung von langen Gehstrecken, Heben/Tragen)				
6. Leistungsumfang <input type="checkbox"/> EAP (Krankengymnastik, Physikalische Therapie und MTT als Komplextherapie) <input type="checkbox"/> MTT (isoliert und in EAP-Einrichtung)² <input type="checkbox"/> Ergänzende Hinweise zum Leistungsumfang (spezielle Behandlungstechniken, Therapieinhalte usw.): <input type="checkbox"/> Ergotherapie wurde zusätzlich verordnet				
7. Behandlungsfrequenz <input type="checkbox"/> 5 Tage/Woche <input type="checkbox"/> Tage/Woche Voraussichtliche Gesamtdauer der EAP:				
8. Vorgeschlagene EAP-Einrichtung				
9. Beginn der EAP <input type="checkbox"/> Unverzüglich (spätestens innerhalb einer Woche nach Verordnung) <input type="checkbox"/> Frühestens am (Datum):				
10. Ergänzende Hinweise für den UV-Träger				
Datum	Name und Anschrift der Durchgangsarztin/des Durchgangsarztes¹		Unterschrift	
Fax-Nr. für Antwort:				
Kostenzusage des UV-Trägers (nur bei EAP-Erstverordnung erforderlich) <input type="checkbox"/> Nein, Information folgt <input type="checkbox"/> 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.