

Ausfüllhilfe zum Formular F2410

Teil 1

Verordnung zur Durchführung einer ☐ Erweiterten Ambulanten Physiotherapie (EAP) ☐ Medizinischen Trainingstherapie (MTT)	
Unfallversicherungsträger	
Name, Vorname der versicherten Person	Geburtsdatum
Vollständige Anschrift	Die EAP umfasst als Komplextherapie stets Physiotherapie, Physikalische Therapie und Medizinische Trainingstherapie. Eine isolierte MTT bedarf keiner Kostenzusage und ist in einer EAP-Einrichtung durchzuführen.
Telefon-Nr.	
Beschäftigt als	
1. Diagnose(n) a) b) c)	OP-Datum und Art der Versorgung
2. Weitere Diagnose(n) und Kontextfaktoren, die für die EAP oder die MTT relevant sein können	
3. Therapiehinweise ☐ Stabilitätsgrad (z.B. belastungsstabil bis 20 kg): ☐ Weitere Limitierungen (Bewegungsausmaß): ☐ Sonstige (z.B. orthopädische Versorgung, Sprachbarriere etc.):	
4. Therapieziele (z.B. Überkopparbeiten, Bewältigung von langen Gehstrecken, Heben/Tragen, Treppensteigen):	

Teil 2

EAP	MTT
5. Leistungsumfang ☐ Ergänzende Hinweise zum Leistungsumfang (spezielle Behandlungstechniken, Therapieinhalte): ☐ Ergotherapie wurde zusätzlich verordnet (F2402)	☐ Ergänzende Hinweise zum Leistungsumfang (spezielle Behandlungstechniken, Therapieinhalte):
6. Dauer ☐ 2 Wochen ☐ 4 Wochen ☐ 6 Wochen	MTT wird für 8 Wochen verordnet. Abweichende Dauer: ☐ Wochen
7. Frequenz EAP findet an 5 Tagen pro Woche statt. Abweichende Frequenz: ☐ 3 mal/Woche ☐ 4 mal/Woche	MTT findet min. 2-mal pro Woche statt. Abweichende Frequenz: ☐ Mal/Woche

Teil 3

8. Beginn der EAP oder MTT ☐ Unverzüglich (spätestens innerhalb einer Woche nach Verordnung) ☐ Frühestens am:		
Datum	Name und Anschrift der Durchgangsarztin/des Durchgangsarztes ¹	Unterschrift
Kostenzusage des UV-Trägers (nur bei EAP-Verordnung erforderlich) ☐ Ja ☐ Nein, Begründung:		
Datum: Unterschrift:		

Teil 1 - Grundangaben

- ✓ **Unfalltag** eintragen & **Aktenzeichen** der Berufsgenossenschaft/Unfallversicherung angeben, falls vorhanden
- ✓ **Diagnosen** so konkret wie möglich angeben, dazu **Weitere Diagnosen** ausfüllen, falls für die Therapie relevant
- ✓ Ärztliche Spezifizierung über **Therapiehinweise** bei Bedarf
- ✓ **Therapieziele** als unterstützende Information für den Therapieplan

Teil 2 - Verordnung

EAP

- ✓ **Ergotherapie** zusätzlich über Formular F2402 verordnen & unter Punkt 3 angeben
- ✓ **Verordnungsdauer** 2, 4 oder 6 Wochen direkt möglich
- ✓ **Frequenz**: 5 x wöchentliche die Regel, Reduzierung auf 3 - 4 x wöchentlich möglich

MTT

- ✓ **Verordnungsdauer**: in der Regel 8 Wochen, 2x pro Woche
- ✓ **Abweichungen in der Dauer bzw. in der Frequenz**: Sind auf dem Formular zu vermerken

Teil 3 - Behandlungsbeginn & Praxisangaben

- ✓ **Behandlungsbeginn** eintragen - unverzüglich = innerhalb einer Woche, ansonsten "frühestens am" wählen und Startdatum angeben
- ✓ **Unterschrift** der behandelnden Ärztin/des behandelnden Arztes
- ✓ **Name und Anschrift der Praxis** (alternativ Praxisstempel) nicht vergessen



Für die schnelle Versorgung Ihrer Patienten

Vollständig ausgefüllte Formulare helfen dabei, die EAP ohne Verzögerungen einzuleiten und unnötige Rückfragen zu vermeiden.

Fragen? Wir helfen gerne weiter!



017617897252



0911 230922-83



eap@rehazentrum-ww.de



Zu den Formularen

In unserem Downloadcenter finden Sie das Formular 2410 sowie die Formulare für ergänzende Ergotherapie und Bewegungsbad.

www.rehazentrum-ww.de/eap-verordnung