

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 ☐ Stabilitätsgrad (z. B. belastungsstabil 20 kg bis ...): ☐ Weitere Limits (z. B. Bewegungsausmaß): ☐ Therapieeinschränkende Wunden: ☐ Angewandte OP-Technik: ☐ Multiresistente Erreger (Typ und Lokalisation): ☐ Sonstige (z. B. orthopädie-technische Versorgung, Sprachbarriere etc.): ☐ 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.) ☐ Bei dringendem Behandlungsbedarf spätestens innerhalb von 7 Tagen nach diesem Datum.			
9. ☐ 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 Durchgangsarztin/des Durchgangsarztes*		Unterschrift
Für die Bestätigung der Behandlung bitte die Folgeseite nutzen.			

* oder berechtigte Ärztin/berechtigter 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)

11.1 Ergotherapeutische Behandlung bei motorisch-funktionellen Störungen <i>Regel-Zeitintervalle: 3</i> 11.2 Ergotherapeutische Behandlung bei sensomotorischen/perzeptiven Störungen <i>Regel-Zeitintervalle: 4</i> 11.3 Ergotherapeutisches Hirnleistungstraining/Neuropsychologisch orientierte Behandlung <i>Regel-Zeitintervalle: 3</i> 11.4 Ergotherapeutische Einzelbehandlung bei psychisch-funktionellen Störungen <i>Regel-Zeitintervalle: 5</i> 11.5 Arbeitstherapie/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> 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>	12.2 Thermische Anwendungen - Wärme oder Kälte 12.3 Ergotherapeutische temporäre Schiene (Bei Schienen über 400 EUR ist ein Kostenvoranschlag erforderlich.) 12.5 Ärztlich verordneter Hausbesuch
¹⁾ Ein Zeitintervall entspricht einer Behandlungszeit von 15 Minuten. Die notwendige Vor- und Nachbereitung ist Bestandteil der Behandlungszeit.	

Bestätigung der Leistungserbringung durch die versicherte Person

Datum	Unterschrift	Datum	Unterschrift

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