

## Verordnung zur Durchführung einer

☐ **Erweiterten Ambulanten Physiotherapie (EAP)**

☐ **Medizinischen Trainingstherapie (MTT)**

Unfallversicherungsträger

Name, Vorname der versicherten Person

Geburtsdatum

Vollständige Anschrift

Telefon-Nr.

Beschäftigt als

Die erste EAP-Verordnung sowie eine EAP-Verordnung über die sechste Woche hinaus bedürfen jeweils einer Kostenzusage des Unfallversicherungsträgers.

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.

Unfalltag und ggf. Aktenzeichen des Unfallversicherungsträgers

### 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. Überkopfarbeiten, Bewältigung von langen Gehstrecken, Heben/Tragen, Treppensteigen):

#### 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

### 8. Beginn der EAP oder MTT

☐ Unverzüglich (spätestens innerhalb einer Woche nach Verordnung)

☐ Frühestens am:

Datum

Name und Anschrift der Durchgangsarztin/des Durchgangsarztes<sup>1</sup>

Unterschrift

### Kostenzusage des UV-Trägers (nur bei EAP-Verordnung erforderlich)

☐ Ja

☐ Nein, Begründung:

Datum:

Unterschrift:

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