

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-/M-Ärztin / D-/M-Arzt ¹ notwendig. Eine weitere Kostenzusage des UV-Trägers ist nicht erforderlich.	
Name, Vorname der versicherten Person	Geburtsdatum	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 -
Vollständige Anschrift		
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: Reha-Plan Vorbefunde (Entlassungsbericht, OP-Bericht usw.) D-/M-Arzt-Bericht

3. Weitere Diagnose(n) und Kontextfaktoren (Freitext und ICD 10), die für die EAP relevant sein können

4. Therapiehinweise

- Stabilitätsgrad (z. B. belastungsstabil bis 20 kg):
- Weitere Limitierungen (z. B. Bewegungsausmaß):
- Therapieeinschränkende Wunden:
- Multiresistente Erreger (Typ und Lokalisation):
- Sonstige (z. B. orthopädiotechnische Versorgung, Sprachbarriere etc.):
- 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.)

- Arbeitsplatzbezogene Therapieziele (z. B. Überkopfarbeit, Bewältigung von langen Gehstrecken, Heben/Tragen)

6. Leistungsumfang EAP (Krankengymnastik, Physikalische Therapie und MTT als Komplextherapie)

MTT (isoliert und in EAP-Einrichtung)²

- Ergänzende Hinweise zum Leistungsumfang (spezielle Behandlungstechniken, Therapieinhalte usw.):

- Ergotherapie wurde zusätzlich verordnet

7. Behandlungsfrequenz

- 5 Tage/Woche Tage/Woche Voraussichtliche Gesamtdauer der EAP:

8. Vorgeschlagene EAP-Einrichtung

9. Beginn der EAP

- Unverzüglich (spätestens innerhalb einer Woche nach Verordnung) Frühestens am (Datum):

10. Ergänzende Hinweise für den UV-Träger

Datum Name und Anschrift der D-/M-Ärztin/des D-/M-Arzt¹ Unterschrift

Fax-Nr. für Antwort:

Kostenzusage des UV-Trägers (nur bei EAP-Erstverordnung erforderlich)

- Nein, Information folgt
- 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.