

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

* oder berechnete Ärztin/berechneter 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)

<p>11.1 Ergotherapeutische Behandlung bei motorisch-funktionellen Störungen <i>Regel-Zeitintervalle: 3</i></p> <p>11.2 Ergotherapeutische Behandlung bei sensomotorischen/perzeptiven Störungen <i>Regel-Zeitintervalle: 4</i></p> <p>11.3 Ergotherapeutisches Hirnleistungstraining/Neuropsychologisch orientierte Behandlung <i>Regel-Zeitintervalle: 3</i></p> <p>11.4 Ergotherapeutische Einzelbehandlung bei psychisch-funktionellen Störungen <i>Regel-Zeitintervalle: 5</i></p> <p>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></p> <p>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></p>	<p>12.2 Thermische Anwendungen - Wärme oder Kälte</p> <p>12.3 Ergotherapeutische temporäre Schiene (Bei Schienen über 400 EUR ist ein Kostenvoranschlag erforderlich.)</p> <p>12.5 Ärztlich verordneter Hausbesuch</p>
---	---

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
-------	---------------------------