

Verordnung zur Durchführung einer <input type="checkbox"/> Erweiterten Ambulanten Physiotherapie (EAP)		<input type="checkbox"/> Medizinischen Trainingstherapie (MTT)
Unfallversicherungsträger		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.
Name, Vorname der versicherten Person	Geburtsdatum	
Vollständige Anschrift		
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 <input type="checkbox"/> Stabilitätsgrad (z.B. belastungsstabil bis 20 kg): <input type="checkbox"/> Weitere Limitierungen (Bewegungsausmaß): <input type="checkbox"/> Sonstige (z.B. orthopädische Versorgung, Sprachbarriere etc.):		
4. Therapieziele (z.B. Überkopfarbeiten, Bewältigung von langen Gehstrecken, Heben/Tragen, Treppensteigen):		
EAP		MTT
5. Leistungsumfang <input type="checkbox"/> Ergänzende Hinweise zum Leistungsumfang (spezielle Behandlungstechniken, Therapieinhalte): <input type="checkbox"/> Ergotherapie wurde zusätzlich verordnet (F2402)		<input type="checkbox"/> Ergänzende Hinweise zum Leistungsumfang (spezielle Behandlungstechniken, Therapieinhalte):
6. Dauer <input type="checkbox"/> 2 Wochen <input type="checkbox"/> 4 Wochen <input type="checkbox"/> 6 Wochen		MTT wird für 8 Wochen verordnet. Abweichende Dauer: <input type="checkbox"/> Wochen
7. Frequenz EAP findet an 5 Tagen pro Woche statt. Abweichende Frequenz: <input type="checkbox"/> 3 mal/Woche <input type="checkbox"/> 4 mal/Woche		MTT findet min. 2-mal pro Woche statt. Abweichende Frequenz: <input type="checkbox"/> Mal/Woche
8. Beginn der EAP oder MTT <input type="checkbox"/> Unverzüglich (spätestens innerhalb einer Woche nach Verordnung) <input type="checkbox"/> Frühestens am:		
Datum	Name und Anschrift der D-/M-Ärztin/des D-/M-Arzt¹	Unterschrift
Kostenzusage des UV-Trägers (nur bei EAP-Verordnung erforderlich) <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein, Begründung:		
Datum: Unterschrift:		

¹ oder Handchirurgin/Handchirurg nach § 37 Abs. 3 Arztervertrag
Verordnung EAP/MTT