Verordnung zur Durchführung einer **Erweiterten Ambulanten Physiotherapie (EAP)**

- EAP-Einrichtung -

Unfallversicherungsträger

Name, Vorname des Versicherten — Geburtsdatum

Mit der Therapie darf erst begonnen werden, sobald die Kostenübernahme-Erklärung des UV-Trägers vorliegt.

Diese Verordnung umfasst 2 Wochen. Zur Fortführung ist eine neue Verordnung des D-/H-Arztes notwendig.

- Hinweis siehe Folgeseite -

Unfallbetrieb (Bezeichnung bzw. Name und Anschrift des Arbeitgebers, der Kindertageseinrichtung, der Schule oder Hochschule, des Pflegebedürftigen)

Vollständige Anschrift des Versicherten

Unfalltag

Die Durchführung der EAP ist in folgender zugelassener Einrichtung vorgesehen:

Diagnose:

Verordnung:

☐ Krankengymnastik *

☐ Physikalische Therapie *

☐ Medizinische Trainingstherapie **

OP-Datum: Art der operativen Versorgung: Ggf. bekannte Vorschäden o. Erkrankungen:

Beigefügt ist: ☐ Entlassungsbericht

* : Isolierte Krankengymnastik oder Physikalische Therapie ist grundsätzlich mit dem Vordruck F 2400 zu verordnen

** : Die Medizinische Trainingstherapie kann innerhalb der EAP auch isoliert verordnet werden

Therapieziel: Steigerung von

☐ Beweglichkeit — Ziel (Neutral-0-Methode):

☐ Kraft — Ziel:

☐ Koordination — Ziel:

☐ Ausdauer — Ziel:

☐ Andere (Art und Umfang angeben)

Ziel:

Therapiehinweise:

(Limitierung von Bewegung und Belastung, besondere Beachtung von)

Behandlungsbeginn:

☐ sofort ☐ am (Datum):

Behandlungssequenz:

☐ **5 Tage/Woche** ☐ 4 Tage/Woche ☐ 6 Tage/Woche

Arbeitsfähigkeit besteht während der EAP: ☐ nein ☐ ja

Wiedervorstellung zur Kontrolluntersuchung bei mir am:

(spätestens 14 Tage nach Behandlungsbeginn)

Datum **Unterschrift des D-/H-Arztes** **Stempel des D-/H-Arztes**