

<b>Verordnung</b> zur Durchführung einer <b>Erweiterten Ambulanten Physiotherapie (EAP)</b> - EAP-Einrichtung -	
Unfallversicherungsträger	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 -
Name, Vorname des Versicherten	
Geburtsdatum	
Unfallbetrieb (Bezeichnung bzw. Name und Anschrift des Arbeitgebers, der Kindertageseinrichtung, der Schule oder Hochschule, des Pflegebedürftigen)	
Vollständige Anschrift des Versicherten	Die Durchführung der EAP ist in folgender zugelassener Einrichtung vorgesehen:
Unfalltag	
<b>Diagnose:</b>	<b>Verordnung:</b>
	<input type="checkbox"/> Krankengymnastik * <input type="checkbox"/> Physikalische Therapie * <input type="checkbox"/> Medizinische Trainingstherapie **
OP-Datum:            Art der operativen Versorgung:            Ggf. bekannte Vorschäden o. Erkrankungen:	
Beigefügt ist: <input type="checkbox"/> 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	
<b>Therapieziel:</b> Steigerung von	
<input type="checkbox"/> Beweglichkeit <input type="checkbox"/> Kraft <input type="checkbox"/> Koordination <input type="checkbox"/> Ausdauer	
Ziel (Neutral-0-Methode):    Ziel:            Ziel:            Ziel:	
<input type="checkbox"/> Andere (Art und Umfang angeben)	
Ziel:	
<b>Therapiehinweise:</b> (Limitierung von Bewegung und Belastung, besondere Beachtung von)	
<b>Behandlungsbeginn:</b>	
<input type="checkbox"/> sofort <input type="checkbox"/> am (Datum):	
<b>Behandlungssequenz:</b>	
<input type="checkbox"/> 5 Tage/Woche <input type="checkbox"/> 4 Tage/Woche <input type="checkbox"/> 6 Tage/Woche	
<b>Arbeitsfähigkeit</b> besteht während der EAP: <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	
<b>Wiedervorstellung</b> zur Kontrolluntersuchung bei mir am: (spätestens 14 Tage nach Behandlungsbeginn)	
<b>Datum</b> <b>Unterschrift des D-/H-Arztes</b> <b>Stempel des D-/H-Arztes</b>	