

# Verordnung zur Durchführung einer Erweiterten Ambulanten Physiotherapie (EAP)

Unfallversicherungsträger

BGHW Regionaldirektion Südwest N4,18, 68161 Mannheim,

Name der versicherten Person

Thapa, Kamal Bahadur

Geburtsdatum

30.05.1987

Vollständige Anschrift

Kleyerstr. 30, 60326 Frankfurt

Telefon-Nr.

0160/760 68 21

Pat.

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-Ärztin/D-Arzt<sup>1</sup> notwendig. Eine weitere Kostenzusage des UV-Trägers ist nicht erforderlich.  
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 -

Beschäftigt als

Lagerarbeiter

Unfalltag/AZ des Unfallversicherungsträgers.

31.03.2025

1. Diagnose(n), die die EAP begründen	ICD 10	OP-Datum	Art der Versorgung	AO-Klass.
a) Verstauchung und Zerrung des Kniegelenkes: Nicht näher bezeichnetes Kreuzband	S83.50			
b) Prellung sonstiger Teile des Handgelenkes und der Hand	S60.2			
c) Elongiertes hinteres Kreuzband	M23.82			
d)				

2. Beigefügt ist: ☐ Reha-Plan ☐ Vorbefunde (Entlassungsbericht, OP-Bericht usw.) ☐ D-Arzt-Bericht (F 1000)

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

4. Therapiehinweise:

- ☐ Stabilitätsgrad (z.B. belastungsstabil 20 kg bis .....):  
☐ Weitere Limits (z.B. Bewegungsausmaß):  
☐ Therapieeinschränkende Wunden:  
☐ Multiresistente Erreger:  
☐ Bitte um Anruf (T.Nr. und Zeitfenster bitte angeben) durch Therapeutin/Therapeuten:  
☐ Sonstige (z.B. orthopädie-technische Versorgung, Sprachbarriere etc.):

5. Konkrete Therapieziele (z.B. Abtrainieren der Gehstützen, Treppensteigen 1. Etage; ROM 0-0-90° etc.):

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

6. Leistungsumfang:

- ☒ EAP (Krankengymnastik, Physikalische Therapie und MTT als Komplextherapie)  
☐ MTT (isoliert und in EAP-Einrichtung)<sup>2</sup>

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

☐ Ergotherapie wurde zusätzlich verordnet

7. Behandlungsfrequenz:

☒ 1-5 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:

20.06.2025 PD Dr. med. Verboket, René  
Universitätsklinikum Haus 23 C (UG), 60590 Frankfurt  
Tel: 7414

Datum Name und Anschrift der Durchgangsarztin/des Durchgangsarztes<sup>1</sup>

Fax-Nr. für Antwort:

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

- ☐ nein, Information folgt  
☐ ja

Datum Unterschrift

<sup>1</sup> oder Handchirurgin/Handchirurg nach § 37 Abs. 3 Ärztevertrag

<sup>2</sup> Die Kostenzusage der isolierten MTT durch den UV-Träger ist nicht erforderlich.