

Verordnung zur Durchführung einer Erweiterten Ambulanten Physiotherapie (EAP)	
Unfallversicherungsträger Verwaltungs-Berufsgenossenschaft	
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	
Diagnose: Verordnung: <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	
Therapieziel: 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:	
Therapiehinweise: (Limitierung von Bewegung und Belastung, besondere Beachtung von)	
Behandlungsbeginn: <input type="checkbox"/> sofort <input type="checkbox"/> am (Datum):	
Behandlungssequenz: <input type="checkbox"/> 5 Tage/Woche <input type="checkbox"/> 4 Tage/Woche <input type="checkbox"/> 6 Tage/Woche	
Arbeitsfähigkeit besteht während der EAP: <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	
Wiedervorstellung zur Kontrolluntersuchung bei mir am: (spätestens 14 Tage nach Behandlungsbeginn)	
Datum	Unterschrift des D-/M-Arztes
Stempel des D-/M-Arztes	