

ÜBERSICHT ZUR PRÜFUNG EINER DGUV VERORDNUNG

Zeitpunkt – Änderung/Ergänzung auf einer Verordnung

Abkürzungsverzeichnis

A: Ergänzung /Korrektur nur durch Durchgangsarztin/-arzt mit Unterschrift der D-Ärztin/ des D-Arzt und Änderungsdatum
PT: Ergänzung /Korrektur durch Physiotherapeut*innen möglich mit Unterschrift, Datumsangabe und „LE“ (= Kürzel für Leistungserbringer)

Verordnung zur Durchführung von Leistungen zur Physiotherapie			
Unfallversicherungsträger 1		Sie dürfen Leistungen dieser Verordnung erbringen und abrechnen, wenn Sie die Regelungen der Vereinbarung zwischen den physiotherapeutischen Berufsverbänden und den Verbänden der UV-Träger – in gültiger Fassung – anerkennen. Insbesondere ist Voraussetzung, dass Sie die fachlichen Anforderungen erfüllen und die vereinbarten Gebühren akzeptieren. Fehlen festgelegte Voraussetzungen, besteht kein Vergütungsanspruch. KG am Gerät ist keine Leistung der gesetzlichen UV. Im Bedarfsfall ist MTT mit der EAP-Verordnung (F 2410) zu rezeptieren.	
Name, Vorname der versicherten Person 2	Geburtsdatum 3		
Vollständige Anschrift 4			
Telefon-Nr. 5			
Beschäftigt 6		Unfalltag und ggf. Aktenzeichen des Unfallversicherungsträgers 7	
1. Diagnose(n), die die Physiotherapie begründen			
8			
2. Weitere Diagnose(n) und Kontextfaktoren 9 die für die Physiotherapie relevant sein können			
3. Therapiehinweise			
<input type="checkbox"/> Stabilitätsgrad (z. B. belastungsstabil 20 kg bis ...): 10 <input type="checkbox"/> Weitere Limitierungen (z. B. Bewegungsausmaß): <input type="checkbox"/> Angewandte OP-Technik: <input type="checkbox"/> Therapieeinschränkende Wunden: <input type="checkbox"/> Multiresistente Erreger (Typ und Lokalisation): <input type="checkbox"/> Sonstige (z. B. orthopädietechnische Versorgung, Sprachbarriere etc.): <input type="checkbox"/> Bitte um telefonische Rücksprache durch Therapeutin/Therapeuten. (Telefon-Nr. und Zeitfenster angeben):			
4. Konkrete Therapieziele (z. B. Steigerung ROM, funktioneller Kraftaufbau, Gangschule etc.)			
11			
5. Leistungsziffern (Übersicht s. Folgeseite) 12	Anzahl der Behandlungen insgesamt (max. Behandlungszeit 4 Wochen Ausnahme: Langzeitverordnung s. Nr. 9) 13	Behandlungstage pro Woche 14	
Beim Abweichen von den Regel-Zeitintervallen (s. Folgeseite) bitte ausfüllen und begründen 15			
6. Leistungsziffern (s. Folgeseite) 16	Behandlungseinheiten pro Behandlungstag 17	Zeitintervalle pro Behandlungseinheit 18	Gründe 19
7. Voraussichtliche Gesamttherapiedauer 20			
8. Physiotherapiebeginn am (spätestens innerhalb von 14 Tagen nach diesem Datum.)			
<input type="checkbox"/> Bei dringendem Behandlungsbedarf spätestens innerhalb von 7 Tagen nach diesem Datum. 21 22 23 24 25			
9. <input type="checkbox"/> Langzeitverordnung (bis max. 6 Monate) – Die erforderliche Kostenzusage ist vor Behandlungsbeginn vom Leistungserbringenden oder von der versicherten Person gemäß Rahmenvertrag Physiotherapie einzuholen. 26			
Datum 27	Name, Anschrift und Telefon-Nr. der Durchgangsarztin/des Durchgangsarztes* 28	Unterschrift 29	

* oder berechnete Ärztin/berechneter Arzt nach Ziffer 2 Teil A der Handlungsanleitung

Ergänzung/Korrektur auf der Vorderseite der Verordnung						
	Feld	Was	Durch wen kann die Ergänzung/Korrektur vorgenommen werden?	Wo ist die Korrektur zu dokumentieren?	Keine Ergänzung/Korrektur erforderlich	Hinweise:
		Personalienfeld: (Pflichtangaben)				
1		Unfallversicherungsträger	A			
2		Name, Vorname der versicherten Person	A			
3		Geburtsdatum	A			
4		Vollständige Anschrift	A			
5		Telefon-Nr.	A			
6		Beschäftigt als	A			
7		Unfalltag und ggf. Aktenzeichen des Unfallversicherungsträgers	A			
8	1.	Diagnose(n), die diese Physiotherapie begründet (i.d.R. sollten Diagnosen als Klartextangaben erfolgen. Sofern der/die Arzt/ Ärztin einen ICD-10-Code einträgt, kann auch auf dieser Basis behandelt werden)	A			
9	2.	Weitere Diagnose(n) und Kontextfaktoren, die für diese Physiotherapie relevant sein können			x	
10	3.	Therapiehinweise			x	
11	4.	Konkrete Therapieziele			x	
12	5.	Leistungsziffern	A			
13		Anzahl der Behandlungen insgesamt	A			
14		Behandlungstage pro Woche (Frequenz)	A			Bei einer Unterschreitung der Frequenz ist keine Korrektur notwendig, siehe FAK Frage 2a
15		Abweichen von den Regelzeitintervallen bitte ausfüllen und begründen				

	Feld	Was	<u>Durch wen kann die Ergänzung/Korrektur vorgenommen werden?</u>	<u>Wo ist die Korrektur zu dokumentieren?</u>	<u>Keine Ergänzung/Korrektur erforderlich</u>	<u>Hinweise:</u>
16	6.	Leistungsziffern	A oder PT im Einvernehmen mit A	Feld 6		Der LE trägt im Feld 6 die Leistungsziffer ein, die von der Änderung betroffen ist.
17		Behandlungseinheiten pro Behandlungstag	A oder PT im Einvernehmen mit A	Feld 6		Bei einer Unterschreitung ist keine Korrektur notwendig, siehe FAK Frage 2a
18		Zeitintervalle pro Behandlungseinheit	A oder PT im Einvernehmen mit A	Feld 6		Bei einer Unterschreitung ist keine Korrektur notwendig, siehe FAK Frage 2a
19		Gründe				Bei einer Änderung durch PT im Einvernehmen mit A müssen keine Gründe angegeben werden (siehe FAK Frage 13)
20	7.	Voraussichtliche Gesamttherapiedauer	Nicht bindend für LE			Maßgeblich ist die Gültigkeit der Verordnung 2 Monate ab dem im Feld „8“ angegebenen Physiotherapiebeginn
21	8.	Physiotherapiebeginn	A oder PT im Einvernehmen mit A	Feld 8		Die Behandlung kann unter bestimmten Voraussetzungen vor diesem Termin begonnen werden, siehe FAK Frage 3
22		Datum im Feld „Physiotherapiebeginn“ offensichtlich falsch			x	Datum der Ausstellung der Verordnung = Physiotherapiebeginn
23		Überschreitung spätester Behandlungsbeginn (Datum „Physiotherapiebeginn + 7 bzw. 14 Tage)	A oder PT im Einvernehmen mit A	Feld 8	x	

		Was	<u>Durch wen kann die Ergänzung/ Korrektur vorgenommen werden?</u>	<u>Wo ist die Korrektur zu dokumentieren?</u>	<u>Keine Ergänzung/ Korrektur erforderlich</u>	<u>Hinweise:</u>
24		Unterbrechungszeitraum von 14-Kalendertagen (bzw. 4 Wochen bei Langzeitverordnungen) wird überschritten	A oder PT im Einvernehmen mit A	Feld 8		
25		Gültigkeit der Verordnung überschritten	A oder PT im Einvernehmen mit A	Feld 8		
26	9.	Langzeitverordnungen				Müssen vor Behandlungsbeginn genehmigt werden.
27		Datum	A			
28		Name, Anschrift und Telefon -Nr- der Durchgangsarztin/ des Durchgangsarztes	A			
29		Unterschrift	A			