|  |
| --- |
| **Verordnung** zur Durchführung einer **Arbeitsplatzbezogenen Muskuloskelettalen Rehabilitation** oder TätigkeitsorientiertenRehabilitation **(ABMR**/TOR**)** |
| Unfallversicherungsträger (UV-Träger) | Die Therapie darf erst mit Genehmigung des UV-Trägers begonnen werden. Diese Verordnung umfasst den vorgeschlagenen Zeitraum, längstens aber vier Wochen. Eine Verlängerung ist spätestens eine Woche vor Ablauf der Maßnahme dem UV-Träger anzuzeigen. Eine Gesamttherapiedauer von sechs Wochen darf nicht überschritten werden. |
| […] |
| Name, Vorname der versicherten Person | Geburtsdatum |
| […] | […] |
| Beschäftigt als | Seit |
| […] | […] |
| Unfallbetrieb, ggf. mit Telefon-Nr. (Bezeichnung bzw. Name und Anschrift Arbeitgeber/-in, der Kindertageseinrichtung, der Schule oder Hochschule, der/des Pflegebedürftigen) |
| […] |
| Vollständige Anschrift der versicherten Person | Telefon-Nr. der versicherten Person |
| […] | […] |
| Unfalltag | Az. des UV-Trägers |
| […] | […] |
| Diagnosen, die diese Rehabilitationsmaßnahme begründen: |
| 1. […] |
| 2. […] |
| 3. […] |
| 4. […] |
| Weitere Diagnose(n) und Kontextfaktoren, die für diese Rehabilitation relevant sein können: |
| […] |
| Therapiehinweise: |
| [ ]  Orthopädietechnische Versorgung/Schuhversorgung ist abgeschlossen [ ]  Sprachbarriere, Muttersprache: […][ ]  Sonstiges […] |
| Voraussichtliche Therapiedauer: |
| [ ]  4 Wochen [ ]  2 Wochen |
| Soweit die Rehabilitationsmaßnahme stationär durchgeführt werden soll, bitte begründen: |
| […] |
| Beginn der Rehabilitationsmaßnahme: |
| [ ]  Unverzüglich (spätestens innerhalb einer Woche nach Ausstellung der Verordnung). |
| [ ]  Am […] , weil […] |
| Wiedervorstellung bei mir am: […] |
| Vorgeschlagene Einrichtung für die Rehabilitationsmaßnahme: […] |
| Hinweise für den UV-Träger: |
| […] |
| Datum | Name und Anschrift der verordnenden Ärztin/des verordnenden Arztes | Unterschrift |
| […] | […] |  |
| **Genehmigung** (durch UV-Träger) |
| [ ]  Ja, ABMR ambulant [ ]  Ja, ABMR stationär [ ]  Ja, ABMR aber andere Einrichtung:  […][ ]  Ja, TOR in BG Klinik […] | Beigefügt sind: [ ]  Tätigkeitsprofil[ ]  Reha-Plan[ ]  Vorbefunde |
| [ ]  Nein, Information (an versicherte Person, verordnende/n Ärztin/Arzt, Therapieeinrichtung) folgt |
| Datum | Unterschrift der Sachbearbeitung | Anschrift/Stempel des UV-Trägers |
| […] |  | […] |
| **Verteiler für Verordnung:**UV-Träger | **Verteiler für Genehmigung:**ABMR/TOR-EinrichtungVerordnende/r Ärztin/Arzt |