

Dokumentation Erweiterte Ambulante Physiotherapie (EAP)/Medizinische Trainingstherapie (MTT) isoliert

EAP-Institut: _____	Name, Vorname der versicherten Person: _____
Geburtsdatum: _____ Unfalltag: _____	Kooperationsärztin/ Kooperationsarzt: _____
	Kostenzusage durch UV-Träger am: _____ (Verordnung beifügen)

Datum	EAP als Komplextherapie (Krankengymnastik, physikalische Therapie, MTT) mindestens 120 Minuten	MTT isoliert mindestens 60 Minuten	Tests, Untersuchungen, Berichte		
	Unterschrift der versicherten Person	Unterschrift der versicherten Person	Erstellung u. Dokumentation Therapieplan	Eingangs- u. Abschlusstests an isokinet. Geräten	Auswertung der isokinet. Eingangs- u. Abschlusstests
			☐	☐	☐
			☐	☐	☐
			☐	☐	☐
			☐	☐	☐
			☐	☐	☐
			☐	☐	☐
			☐	☐	☐
			☐	☐	☐
			☐	☐	☐
			☐	☐	☐
			☐	☐	☐
			☐	☐	☐
			☐	☐	☐
			☐	☐	☐
			☐	☐	☐
			☐	☐	☐
			☐	☐	☐
			☐	☐	☐
			☐	☐	☐