

**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		
			Erstellung u. Dokumentation Therapieplan	Eingangs- u. Abschlusstests an isokinet. Geräten	Auswertung der isokinet. Eingangs- u. Abschlusstests
	Unterschrift der versicherten Person	Unterschrift der versicherten Person	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>