

DGUV · Landesverband Nordwest · Postfach 3740 · 30037 Hannover

An die
Damen und Herren
Durchgangsärzte

Ihr Zeichen
Ihre Nachricht vom
Unser Zeichen 411/094 –LV2-
(bitte stets angeben)
Ansprechpartner/in Herr Battermann
Telefon 0511 987-2234

Datum 07.10.2016

Rundschreiben Nr. D 11/2016

Verordnung von Physiotherapie und Ergotherapie

Sehr geehrte Damen und Herren,

mit Rundschreiben D 06/2016, vom 14.06.2016, haben wir Sie über die Aktualisierung der Handlungsanleitung der Reha-Verfahren informiert. Ergänzend hierzu bitten wir Sie zu beachten, dass eine Physiotherapie oder eine Ergotherapie immer nur für einen Zeitraum von **längstens vier Wochen ab Ausstellungsdatum** verordnet wird. Danach ist eine Kontrolluntersuchung durchzuführen und – soweit erforderlich – eine neue Verordnung auszustellen.

Bitte verordnen Sie nur so viele Behandlungen, wie unter Berücksichtigung Ihrer Vorgaben unter „Anzahl der Behandlungstage insgesamt“ und „Behandlungstage pro Woche“ vom Therapeuten innerhalb von vier Wochen erbracht werden können. Weiterhin ist es unbedingt erforderlich, dass die Anzahl der Behandlungstage pro Woche von Ihnen exakt vorgegeben wird. Eine Angabe wie z. B. „1 – 3“ reicht als Vorgabe für den Therapeuten nicht aus und kann zu Abrechnungsproblemen führen. Auf das beigefügte Beispiel weisen wir hin.

Mit freundlichen Grüßen
Im Auftrag



Battermann
Geschäftsstellenleiter

Anlage

Deutsche Gesetzliche
Unfallversicherung e.V. (DGUV)

Spitzenverband der gewerblichen
Berufsgenossenschaften und der
Unfallversicherungsträger der öffent-
lichen Hand

Landesverband Nordwest
Hildesheimer Str. 309
30519 Hannover
Telefon 0511 987-2277
Fax 0511 987-2266
E-Mail lv-nordwest@dguv.de
Internet www.dguv.de/landesverbaende

Bank: Commerzbank AG
IBAN: DE27 3804 0007 0333 3200 00
BIC: COBADEFFXXX

USt-ID-Nr.: DE123382489
Steuer-Nr.: 222/5751/0325
IK: 120391515

Verordnung von Leistungen zur Krankengymnastik/Physikalischen Therapie

Unfallversicherungsträger		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.	
Name, Vorname des Versicherten	Geburtsdatum		
Unfallbetrieb (Bezeichnung bzw. Name und Anschrift des Arbeitgebers, der Kindertageseinrichtung, der Schule oder Hochschule, des Pflegebedürftigen)			
Wohnung des Versicherten, Straße, Postleitzahl, Ort		Diagnose	
Unfalltag			
1 Leistungsziffer (s. Folgeseite): Beispiel: Anzahl der Behandlungen insgesamt: 8 Behandlungstage pro Woche: 2	Leistungsziffer (s. Folgeseite): Anzahl der Behandlungen insgesamt:	Leistungsziffer (s. Folgeseite): Anzahl der Behandlungen insgesamt:	Leistungsziffer (s. Folgeseite): Anzahl der Behandlungen insgesamt: Behandlungstage pro Woche:
<div style="border: 2px solid red; padding: 5px; color: red; font-weight: bold;"> Die Anzahl der Behandlungen insgesamt muss unter Berücksichtigung der Behandlungstage pro Woche innerhalb von vier Wochen erbracht werden können. Die Behandlungstage pro Woche sind exakt vorzugeben. </div>			
2 Nur a) Die Behandlung notwendig für Tag (s. Folgeseite)		b) (Folgeseite)	
Behandlungseinheiten pro Behandlungstag: Zeitintervalle pro Behandlungseinheit: Gründe:	Behandlungseinheiten pro Behandlungstag: Zeitintervalle pro Behandlungseinheit: Gründe:	Behandlungseinheiten pro Behandlungstag: Zeitintervalle pro Behandlungseinheit: Gründe:	Behandlungseinheiten pro Behandlungstag: Zeitintervalle pro Behandlungseinheit: Gründe:
3 Begründung für eine Weiterverordnung nach einer Behandlungszeit von 4 Wochen:			
4 Behandlungsbeginn am <input type="text"/> Wiedervorstellung zur Kontrolluntersuchung bei mir am <input type="text"/> (spätestens alle 28 Tage)		Stempel des D-Arzt <input type="text"/> Unterschrift des D-Arzt <input type="text"/>	
<div style="border: 2px solid red; padding: 5px; color: red; font-weight: bold;"> Bitte unbedingt angeben! </div>			
Für die Bestätigung der Behandlung bitte die Folgeseite benutzen!			
1) Ein Zeitintervall entspricht einer Behandlung von 10 Minuten.			