

Verordnung zur Durchführung einer **Individuellen Tele-Therapie (ITT)**☐ Erstverordnung☐ Folgeverordnung

Unfallversicherungsträger	<p>Die Erstverordnung der ITT bedarf keiner Kostenzusage des Unfallversicherungsträgers. Eine Folgeverordnung bedarf einer Begründung und einer Kostenzusage.</p> <p>Die Verordnung verliert ihre Gültigkeit, wenn die Tele-Therapie nicht innerhalb von einem Monat nach Verordnung bzw. Entlassung aus der Rehabilitationseinrichtung begonnen wird.</p> <p>Bei Verordnung als Tele-Nachsorge bitte eine Kopie des bisherigen Therapieplans und ggf. Kurzberichts beifügen.</p>	
Name, Vorname der versicherten Person		Geburtsdatum
Vollständige Anschrift		
Telefon-Nr.		
Beschäftigt als		
Unfalltag und/oder Aktenzeichen des Unfallversicherungsträgers		

1. Diagnose(n)	Art der Versorgung / bisherige Therapie
a) b) c)	

2. Therapieziele <input type="checkbox"/> Sicherung des Therapieerfolgs <input type="checkbox"/> Verbesserung bestehender funktioneller Einschränkungen <input type="checkbox"/> Vorbeugung des Entstehens/der Verschlimmerung einer Berufskrankheit <input type="checkbox"/> Verhinderung der Verschlimmerung von verbliebenen Unfallfolgen Stabilisierung von Lebensstil- und Verhaltensänderungen <input type="checkbox"/> Förderung der Gesundheitskompetenz und Eigenverantwortung <input type="checkbox"/> Unterstützung beim Transfer in Alltag und Beruf <input type="checkbox"/> Unterstützung bei spezifischen Problemen am Arbeitsplatz <input type="checkbox"/> Sonstige:

3. Therapiehinweise <input type="checkbox"/> Besondere Anforderungen am Arbeitsplatz: <input type="checkbox"/> Belastungseinschränkungen: <input type="checkbox"/> Sonstige (z.B. orthopädische Versorgung, Sprachbarriere etc.):

4. Leistungsumfang <input type="checkbox"/> ITT unimodal – 24 Einheiten à mind. 60 min. Training <input type="checkbox"/> ITT multimodal – 24 Einheiten à mind. 90 min. Training/Vorträge/Entspannungsübungen Ergänzende Hinweise zu den Therapieinhalten:
--

5. Begründung (nur bei Folgeverordnung erforderlich)

Datum	Name und Anschrift der verordnenden Ärztin/des verordnenden Arztes	Unterschrift
--------------	---	---------------------

Von der Therapieeinrichtung zu ergänzen Name und Anschrift der Einrichtung: Beginn der Tele-Therapie (Datum): Bitte vollständige Verordnung vor Therapiebeginn an den Unfallversicherungsträger übersenden.
--

Kostenzusage des UV-Trägers (nur bei Verlängerung erforderlich) <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein, Begründung:

Datum	Unterschrift
--------------	---------------------