

# Verordnung zur Durchführung einer Individuellen Tele-Therapie (ITT)

Erstverordnung

Folgeverordnung

Unfallversicherungsträger		Die Erstverordnung der ITT bedarf keiner Kostenzusage des Unfallversicherungsträgers. Eine Folgeverordnung bedarf einer Begründung und einer Kostenzusage.
Name, Vorname der versicherten Person	Geburtsdatum	Die Verordnung verliert ihre Gültigkeit, wenn die Tele-Therapie nicht innerhalb von einem Monat nach Verordnung bzw. Entlassung aus der Rehabilitationseinrichtung begonnen wird.
Vollständige Anschrift		Bei Verordnung als Tele-Nachsorge bitte eine Kopie des bisherigen Therapieplans und ggf. Kurzberichts beifügen.
Telefon-Nr.		
Beschäftigt als	Unfalltag und/oder Aktenzeichen des Unfallversicherungsträgers	
<b>1. Diagnose(n)</b>	<b>Art der Versorgung / bisherige Therapie</b>	
a) b) c)		
<b>2. Therapieziele</b>	<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:	
<b>3. Therapiehinweise</b>	<input type="checkbox"/> Besondere Anforderungen am Arbeitsplatz: <input type="checkbox"/> Belastungseinschränkungen: <input type="checkbox"/> Sonstige (z.B. orthopädische Versorgung, Sprachbarriere etc.):	
<b>4. Leistungsumfang</b>	<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:	
<b>5. Begründung</b> (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.		
<b>Kostenzusage des UV-Trägers</b> (nur bei Verlängerung erforderlich)		
<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein, Begründung:		
Datum	Unterschrift	