|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Verordnung** zur Durchführung einer **Arbeitsplatzbezogenen Muskuloskelettalen Rehabilitation** oder TätigkeitsorientiertenRehabilitation **(ABMR**/TOR**)** | | | | | | | |
| Unfallversicherungsträger (UV-Träger) | | | | | | Die Therapie darf erst mit Genehmigung des UV-Trägers begonnen werden. Diese Verordnung umfasst den vorgeschlagenen Zeitraum, längstens aber vier Wochen.  Eine Verlängerung ist spätestens eine Woche vor Ablauf der Maßnahme dem UV-Träger anzuzeigen. Eine Gesamttherapiedauer von sechs Wochen darf nicht überschritten werden. | |
| […] | | | | | |
| Name, Vorname der versicherten Person | | | | Geburtsdatum | |
| […] | | | | […] | |
| Beschäftigt als | | | Seit | | |
| […] | | | […] | | |
| Unfallbetrieb, ggf. mit Telefon-Nr. (Bezeichnung bzw. Name und Anschrift Arbeitgeber/-in, der Kindertageseinrichtung, der Schule oder Hochschule, der/des Pflegebedürftigen) | | | | | | | |
| […] | | | | | | | |
| Vollständige Anschrift der versicherten Person | | | | | | Telefon-Nr. der versicherten Person | |
| […] | | | | | | […] | |
| Unfalltag | | Az. des UV-Trägers | | | | | |
| […] | | […] | | | | | |
| Diagnosen, die diese Rehabilitationsmaßnahme begründen: | | | | | | | |
| 1. […] | | | | | | | |
| 2. […] | | | | | | | |
| 3. […] | | | | | | | |
| 4. […] | | | | | | | |
| Weitere Diagnose(n) und Kontextfaktoren, die für diese Rehabilitation relevant sein können: | | | | | | | |
| […] | | | | | | | |
| Therapiehinweise: | | | | | | | |
| Orthopädietechnische Versorgung/Schuhversorgung ist abgeschlossen  Sprachbarriere, Muttersprache: […]  Sonstiges […] | | | | | | | |
| Voraussichtliche Therapiedauer: | | | | | | | |
| 4 Wochen  2 Wochen | | | | | | | |
| Soweit die Rehabilitationsmaßnahme stationär durchgeführt werden soll, bitte begründen: | | | | | | | |
| […] | | | | | | | |
| Beginn der Rehabilitationsmaßnahme: | | | | | | | |
| Unverzüglich (spätestens innerhalb einer Woche nach Ausstellung der Verordnung). | | | | | | | |
| Am […] , weil […] | | | | | | | |
| Wiedervorstellung bei mir am: […] | | | | | | | |
| Vorgeschlagene Einrichtung für die Rehabilitationsmaßnahme: […] | | | | | | | |
| Hinweise für den UV-Träger: | | | | | | | |
| […] | | | | | | | |
| Datum | Name und Anschrift der verordnenden Ärztin/des verordnenden Arztes | | | | | | Unterschrift |
| […] | […] | | | | | |  |
| **Genehmigung** (durch UV-Träger) | | | | | | | |
| Ja, ABMR ambulant  Ja, ABMR stationär  Ja, ABMR aber andere Einrichtung:  […]  Ja, TOR in BG Klinik […] | | | | | Beigefügt sind:  Tätigkeitsprofil  Reha-Plan  Vorbefunde | | |
| Nein, Information (an versicherte Person, verordnende/n Ärztin/Arzt, Therapieeinrichtung) folgt | | | | | | | |
| Datum | Unterschrift der Sachbearbeitung | | | | Anschrift/Stempel des UV-Trägers | | |
| […] |  | | | | […] | | |
| **Verteiler für Verordnung:** UV-Träger | | | | | **Verteiler für Genehmigung:** ABMR/TOR-Einrichtung Verordnende/r Ärztin/Arzt | | |