|  |
| --- |
|  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| $name\_mandant$, $straße\_mandant$, $plz\_mandant$ $ort\_mandant$ | |  |  |
|  | |  |  |
| $recipient$ | |
| Fax-Nr.: $fax\_nr\_hausarzt$ |  |  | |
|  |  |  | |

**Erstverordnung von spezialisierter ambulanter Palliativversorgung (SAPV) von Pat.: $vorname\_patient$ $nachname\_patient$ ($geb\_datum\_patient$)**

Sehr geehrte Kollegin, sehr geehrter Kollege,

wir bedanken uns für die Erstverordnung von spezialisierter ambulanter Palliativversorgung (SAPV)

bei Ihrer Patientin und versichern Ihnen unser Bemühen, Sie bei ihrer Betreuung und der Begleitung des

sozialen Umfelds tatkräftig zu unterstützen!

Aus datenschutzrechtlichen Gründen sind wir verpflichtet, Ihnen Mitteilungen zu der Patientin ausschließlich anonymisiert unter der

Identifikationsnummer **$patienten\_id$**

zu übermitteln. Bitte ordnen Sie diese intern Ihrer Praxisdokumentation zu.

Bei Rückfragen, besonderen Wünschen oder Hinweisen hinsichtlich der Verordnung von BTMs, Medikamenten, zu der Begleitung von Angehörigen oder zu palliativmedizinischen Details stehen wir Ihnen unter der Bereitschaftstelefonnummer $telefonnummer\_mandant$ gerne zur Verfügung.

Bitte vergessen Sie nicht, die Erstverordnung mit der EBM GOP 01425 (25,06 €) bei Ihrer Abrechnung geltend zu machen.

Mit freundlichen Grüßen

Ihr/e $name\_mandant$

$user\_vorname $ $user\_nachname$

------------- 11111 ---------------

$ausgeprägte\_urogenitale\_symptomatik$

------------- 22222 ---------------

$ausgeprägte\_schmerzsymptomatik$

------------- 33333 ---------------

$ausgeprägte\_ulzerierende\_exulzerierende\_wunden\_oder\_tumore$

------------- 44444 ---------------

$ausgeprägte\_gastrointestinale\_symptomatik$

------------- 55555 ---------------

$ausgeprägte\_respiratorische\_kardiale\_symptomatik$

------------- 66666 ---------------

$ausgeprägte\_neurologische\_psychiatrische\_psychische\_symptomatik$

------------- 77777 ---------------

$sonstiges\_komplexes\_symptomgeschehen$