

Verordnung spezialisierter ambulanter Palliativversorgung (SAPV)

Krankenkasse bzw. Kostenträger		
Name, Vorname des Versicherten		
geb. am		
Kostenträgerkennung Versicherten-Nr. Status		
Betriebsstätten-Nr.	Arzt-Nr.	Datum

- Erst-verordnung Folge-verordnung
 Unfall Unfallfolgen

vom _____ bis _____

Verordnungsrelevante Diagnose(n) (ICD-10; ggf. Organmanifestationen) _____

Die Krankheit ist nicht heilbar, sie ist fortschreitend und weit fortgeschritten.

Komplexes Symptomgeschehen

- | | | |
|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> ausgeprägte urogenitale Symptomatik | <input type="checkbox"/> ausgeprägte respiratorische / kardiale Symptomatik | <input type="checkbox"/> ausgeprägte gastrointestinale Symptomatik |
| <input type="checkbox"/> ausgeprägte ulzerierende / exulzerierende Wunden oder Tumore | <input type="checkbox"/> ausgeprägte neurologische / psychiatrische / psychische Symptomatik | <input type="checkbox"/> sonstiges komplexes Symptomgeschehen |

Nähere Beschreibung des komplexen Symptomgeschehens und des besonderen Versorgungsbedarfs zur Begründung, warum spezialisierte ambulante Palliativversorgung notwendig ist (z. B. therapierefraktäre Schmerzen, Ruhedyspnoe / Erstickungsanfälle, nicht beherrschbares Erbrechen / Durchfälle)

Aktuelle Medikation (ggf. einschließlich BtM) _____

Folgende Maßnahmen sind notwendig

- | | | |
|-----------------------------------|---|---|
| <input type="checkbox"/> Beratung | <input type="checkbox"/> a. des behandelnden Arztes | <input type="checkbox"/> Koordination der Palliativversorgung |
| <input type="checkbox"/> | b. der behandelnden Pflegefachkraft | |
| <input type="checkbox"/> | c. des Patienten / der Angehörigen | |

mit folgender inhaltlicher Ausrichtung (Gegenstand, Häufigkeit, evtl. Beratung für Sonstige)

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Additiv unterstützende Teilversorgung | <input type="checkbox"/> Vollständige Versorgung |
|--|--|

Nähere Angaben zu den notwendigen Maßnahmen der SAPV

Vertragsarztstempel / Unterschrift des Arztes

Für die Erstverordnung ist die Kostenpauschale 01425, für die Folgeverordnung die Kostenpauschale 01426 berechnungsfähig.

Der Barcode enthält keine auf dem Formular nicht lesbaren Daten.

Ausfertigung für den spezialisierten Leistungserbringer
 PRF.NR.
 Muster 63b/E (10.2014)