

# 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 - der Abrechnung beizufügen  
 PRF.NR.  
 Muster 63c/E (10.2014)