

# 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)  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

- Additiv unterstützende Teilversorgung       Vollständige Versorgung

**Nähere Angaben zu den notwendigen Maßnahmen der SAPV**

---

---

---

---

---

Vertragsarztstempel / Unterschrift des Arztes  
Ausfertigung für den verordnenden Arzt

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