

Verordnung spezialisierter ambulanter Palliativversorgung (SAPV)

Krankenkasse bzw. Kostenträger

Name, Vorname des Versicherten

geb. am

Status

Betriebsstätten-Nr. Arzt-Nr. Datum

Ausstelldatum

Das **Ausstelldatum** muss angegeben werden und idealerweise mit dem Verordnungsbeginn identisch sein. Achtung: rückwirkende Datierung ist **ungültig**. Bsp: Datum **02.05.2018**, Verordnungszeitraum **01.05-30.05.2018**.

Erstverordnung Folgeverordnung

Unfall Unfallfolgen

Der **Verordnungszeitraum** muss korrekt angegeben werden. Formulierung wie bspw. "bis auf weiteres" sind ungültig. Klinikärzte können max. 7 Werktage verordnen. Hausärzte 4-6 Wochen.

vom [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] bis [] [] [] [] [] [] [] [] [] []

Verordnungszeitraum

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

Verordnungsrelevante Diagnosen anhand dieser Angaben muss sich ableiten lassen, daß die Erkrankung nicht heilbar und bereits weit fortgeschritten und die Lebenserwartung begrenzt ist.

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

Mindestens ein Kreuz (x), besser mehrere komplexe Symptomgeschehen ankreuzen.

Komplexes Symptomgeschehen

- ausgeprägte urogenitale Symptomatik
- ausgeprägte ulzerierende / exulzierende Wunden oder Tumore
- ausgeprägte Schmerzsymptomatik
- ausgeprägte respiratorische / kardiale Symptomatik
- ausgeprägte neurologische / psychiatrische / psychische Symptomatik
- ausgeprägte gastrointestinale Symptomatik
- 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)

Z.B.: Tumorschmerz, Durchbruchschmerz, Schwäche, AZ-Verschlechterung, Ödeme, Ascites, psych. Überlastung des Patienten und/oder Angehörige, aufwendige Wundversorgung, Dyspnoe

Aktuelle Medikation (ggf. einschließlich BtM)

Medikamentenplan bitte beilegen.

Folgende Maßnahmen sind notwendig

Kreuzempfehlungen bitte beachten: SAPV ist immer eine Beratungs- und Koordinationsleistung.

- Beratung
 - a. des behandelnden Arztes
 - b. der behandelnden Pflegefachkraft
 - c. des Patienten / der Angehörigen
- Koordination der Palliativversorgung

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

z.B.: - Anleitung der Angehörigen bei palliativpflegerischen Maßnahmen
 - Beratung Patient/Angehörige über palliativpflegerischen Maßnahmen
 - Anleitung Wundversorgung

Additiv unterstützende Teilversorgung

Vollständige Versorgung **Kreuzempfehlung**

Nähere Angaben zu den notwendigen Maßnahmen der SAPV

Beispiele:
 - 24h Rufbereitschaft
 - Krisenantizipation/Krisenintervention
 - Symptomlinderung /Schmerztherapie
 - Unterstützung Patienten und oder Angehörige im Umgang mit Sterben & Tod

Klinik- bzw. Praxisstempel und Unterschrift. Ansonsten ist die Verordnung ungültig

Vertragsarztstempel / Unterschrift des Arztes

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

Antrag des Versicherten

Die spezialisierte ambulante Palliativversorgung wird wie vom behandelnden Arzt verordnet beantragt.

Datenschutzhinweis (§ 67a Abs. 3 SGB X): Damit wir Ihren Antrag auf SAPV-Leistungen bearbeiten können, ist Ihr Mitwirken nach § 60 SGB I erforderlich. Ihre Daten sind im vorliegenden Falle aufgrund § 37b SGB V i. V. m. § 92 Abs. 1 SGB V zu erheben.

Datum

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Unterschrift des Versicherten / Vertretungsberechtigten

Angaben des Leistungserbringers für die SAPV

Die verordnete spezialisierte ambulante Palliativversorgung wird für den Zeitraum vom

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

 bis

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

 erbracht.

Name des Leistungserbringers / ggf. Stempel

Palliativstützpunkt Rheinhessen-Nahe

Anschrift (Straße, Hausnummer, PLZ, Wohnort) / ggf. Stempel

Mühlenstrasse 39, 55543, Bad Kreuznach

Institutionskennzeichen des Leistungserbringers

460713774 BSN: 745100663

Ansprechpartner (Name)

Frau Dreher / Herr Maltri

Telefonnummer

(0671) / 372-1430

Fax-Nummer

(0671) / 372-1674

E-Mail

info-sapv@marienwoerth.de

Datum

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Stempel / Unterschrift des SAPV-Leistungserbringers

Genehmigung der Krankenkasse

Die spezialisierte ambulante Palliativversorgung wird nach den vereinbarten Sätzen

entsprechend der Verordnung übernommen

in folgendem Umfang übernommen _____

Die Genehmigung der Krankenkasse ist der Abrechnung beizufügen. Endet die Notwendigkeit vor Ablauf des angegebenen Zeitraums, so erlischt damit auch die Kostenverpflichtung.

Sollte die SAPV über den letzten Bewilligungstag hinaus erforderlich sein, so ist **rechtzeitig vor Ablauf** des genehmigten Zeitraums eine erneute Verordnung bei der Krankenkasse einzureichen.

Auszufüllen, soweit von Seiten der Krankenkasse Bedarf besteht

Name, Vorname des Versicherten

Straße, Hausnummer, PLZ, Wohnort

Versichertennummer

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Geburtsdatum

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Datum

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Stempel / Unterschrift der Krankenkasse