Krankenkasse bzw. Kostenträger

Name, Vorname des Versicherten

geb. am

Status

Betriebsstätten-Nr. Arzt-Nr. Datum

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.**

Ausstelldatum

Verordnung spezialisierter ambulanter Palliativversorgung (SAPV)

63

☐ Erst-verordnung ☐ Folge-verordnung

☐ 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 Symptopmgeschehen ankreuzen.

Komplexes Symptomgeschehen

☐ ausgeprägte Schmerzsymptomatik

☐ ausgeprägte urogenitale Symptomatik

☐ ausgeprägte respiratorische / kardiale Symptomatik

☐ ausgeprägte gastrointestinale Symptomatik

☐ ausgeprägte ulzerierende / exulzerierende Wunden oder Tumore

☐ ausgeprägte neurologische / psychiatrische / psychische 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

Palliative Care Team Hanau GmbH

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

Breslauer Straße 10, 63452 Hanau

Institutionskennzeichen des Leistungserbringers

462644876

Ansprechpartner (Name)

Telefonnummer

06181 / 189 52 30

Fax-Nummer

06181 / 189 52 32

E-Mail

info@palliativteam-hanau.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