

# 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**
☐ ausgeprägte  
Schmerzsymptomatik

☐ ausgeprägte urogenitale  
Symptomatik

☐ ausgeprägte respiratorische /  
kardiale Symptomatik

☐ ausgeprägte gastrointestinale  
Symptomatik

☐ ausgeprägte ulzerierende /  
exulzierende 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)

**Aktuelle Medikation** (ggf. einschließlich BtM) \_\_\_\_\_

**Folgende Maßnahmen sind notwendig**
☐ Beratung

☐ a. des behandelnden Arztes

☐ Koordination der Palliativversorgung

☐ b. der behandelnden Pflegefachkraft

☐ 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**

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

Der Barcode enthält keine auf dem Formular nicht lesbaren Daten.

Vertragsarztstempel / Unterschrift des Arztes

Ausfertigung für die Krankenkasse

 PRF.NR.  
Muster 63a.1/E (10.2014)