

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 den verordnenden Arzt

 PRF.NR.
Muster 63d/E (10.2014)