

Verordnung spezialisierter ambulanter Palliativversorgung (SAPV)

Krankenkasse bzw. Kostenträger		
Name, Vorname des Versicherten Test Testinchen		
Kostenträgerkennung		Versicherten-Nr.
Betriebsstätten-Nr.		Arzt-Nr.
Status		Datum
000000		

☐ Erst-
verordnung

☐ Folge-
verordnung

☐ Unfall
Unfallfolgen

vom _____ bis _____

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

relevante palliativmedizinische Diagnosen _____

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)

Symptombeschreibung _____

Aktuelle Medikation (ggf. einschließlich BtM) _____

akt. Medikamente aufführen oder Kopie des Medikationsplans beifügen _____

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)

Ruf- und Einsatzbereitschaft, Krisenintervention, Schmerz- und Symptomlinderung, palliativmed.

Maßnahmen, Sicherstellung der SAPV erforderlichen Maßnahmen _____

☒ Additiv unterstützende
Teilversorgung

☒ Vollständige
Versorgung

Nähere Angaben zu den notwendigen Maßnahmen der SAPV

kontrollierte Dosisanpassung unter engmaschiger Überwachung und

Überprüfung der Medikamentenwirkung, vorausschauende Planung für

Notfälle und kurzfristiger Intervention bei Krisen, 24h Rufbereitschaft,

Symptomkontrolle

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. Y/9/2401/36/488
Muster 63a.1/E (10.2014)