

Verordnung spezieller ambulanter Palliativversorgung (SAPV)

Name, Vorname des Versicherten Test		
Test geb. am 05.05.55		
Moorenstrasse 5 D 40225 Düsseldorf		
Kostenträgerkennung	Versicherten-Nr.	Status
	000000	
Betriebsstätten-Nr.	Arzt-Nr.	Datum
		24.02.21

Erst-verordnung Folge-verordnung

Unfall
Unfallfolgen

vom 01.03.21 bis 07.03.21

Verordnungsrelevante Diagnose(n) (ICD-10: ggf. Organmanifestationen) Name der unheilbaren und fortschreitenden Erkrankung mit Organmanifestation und evtl. Metastasen

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

Komplexes Symptomgeschehen

- | | | |
|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> ausgeprägte urogenitale Symptomatik | <input type="checkbox"/> ausgeprägte respiratorische / kardiale Symptomatik | <input type="checkbox"/> ausgeprägte gastrointestinale Symptomatik |
| <input type="checkbox"/> ausgeprägte ulzerierende / exulzerierende Wunden oder Tumore | <input type="checkbox"/> ausgeprägte neurologische / psychiatrische / psychische Symptomatik | <input type="checkbox"/> 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) s. Mediplan

Folgende Maßnahmen sind notwendig

- | | | |
|--|--|--|
| <input checked="" type="checkbox"/> Beratung | <input checked="" type="checkbox"/> a. des behandelnden Arztes | <input checked="" type="checkbox"/> Koordination der Palliativversorgung |
| <input checked="" type="checkbox"/> X | b. der behandelnden Pflegefachkraft | |
| <input checked="" type="checkbox"/> X | c. des Patienten / der Angehörigen | |

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

bspw: krankheitsadaptierte Anpassung der Medikation; Beratung und Begleitung des Patienten und/ oder der Angehörigen zur Krankheitsverarbeitung und Stützung der häuslichen Versorgungssituation.

Additiv unterstützende Teilversorgung

Vollständige Versorgung



Nähere Angaben zu den notwendigen Maßnahmen der SAPV

Verhinderung weiterer Krankenhauseinweisungen.

Symptomkontrolle unter Zuhilfenahme indizierter ambulanter palliativ-medizinischer Möglichkeiten.

Vorausschauende Behandlungsplanung zur Verhinderung von Krisen.

24-stündige Erreichbarkeit zur bedarfsweisen Intervention.

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

Der Barcode enthält keine auf dem Formular nicht lesbaren Daten.

BSNR:

Vertragsarztstempel / Unterschrift des Arztes

Ausstiegung für die Krankenkasse

PRF.NR. Y9/2101/24/226
Muster 63a.1/E (10.2014)

Verordnung spezieller ambulanter Palliativversorgung (SAPV)

Krankenkasse bzw. Kostenträger Test, Test		
Name, Vorname des Versicherten Test		
Test		geb. am 05.05.55
Moorenstrasse 5 D 40225 Düsseldorf		
Kostenträgerkennung	Versicherten-Nr.	Status
	000000	
Betriebsstätten-Nr.	Arzt-Nr.	Datum
		24.02.21

Erst-verordnung Folge-verordnung

Unfall
Unfallfolgen

vom 01.03.21 bis 07.03.21

Verordnungsrelevante Diagnose(n) (ICD-10; ggf. Organmanifestationen) Name der unheilbaren und fortschreitenden Erkrankung mit Organmanifestation und evtl. Metastasen

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

Komplexes Symptomgeschehen

- | | | |
|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> ausgeprägte urogenitale Symptomatik | <input type="checkbox"/> ausgeprägte respiratorische / kardiale Symptomatik | <input type="checkbox"/> ausgeprägte gastrointestinale Symptomatik |
| <input type="checkbox"/> ausgeprägte ulzerierende / exulzerierende Wunden oder Tumore | <input type="checkbox"/> ausgeprägte neurologische / psychiatrische / psychische Symptomatik | <input type="checkbox"/> 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) s. Mediplan

Folgende Maßnahmen sind notwendig

- | | | |
|--|--|--|
| <input checked="" type="checkbox"/> Beratung | <input checked="" type="checkbox"/> a. des behandelnden Arztes | <input checked="" type="checkbox"/> Koordination der Palliativversorgung |
| <input checked="" type="checkbox"/> | b. der behandelnden Pflegefachkraft | |
| <input checked="" type="checkbox"/> | c. des Patienten / der Angehörigen | |

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

bspw: krankheitsadaptierte Anpassung der Medikation; Beratung und Begleitung des Patienten und/ oder der Angehörigen zur Krankheitsverarbeitung und Stützung der häuslichen Versorgungssituation.

Additiv unterstützende Teilversorgung

Vollständige Versorgung



Nähere Angaben zu den notwendigen Maßnahmen der SAPV

Verhinderung weiterer Krankenhauseinweisungen.

Symptomkontrolle unter Zuhilfenahme indizierter ambulanter palliativ-medizinischer Möglichkeiten.

Vorausschauende Behandlungsplanung zur Verhinderung von Krisen.

24-stündige Erreichbarkeit zur bedarfsweisen Intervention.

BSNR:

Vertragsarztstempel / Unterschrift des Arztes

Ausfertigung für den spezialisierten Leistungserbringer
PRF.NR. Y9/2101/24/226
Muster 63b/E (10.2014)

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

Der Barcode enthält keine auf dem Formular nicht lesbaren Daten.

Verordnung spezieller ambulanter Palliativversorgung (SAPV)

Name, Vorname des Versicherten Test		
Test geb. am 05.05.55		
Moorenstrasse 5 D 40225 Düsseldorf		
Kostenträgerkennung	Versicherten-Nr.	Status
	000000	
Betriebsstätten-Nr.	Arzt-Nr.	Datum
		24.02.21

Erst-verordnung Folge-verordnung

Unfall
Unfallfolgen

vom 01.03.21 bis 07.03.21

Verordnungsrelevante Diagnose(n) (ICD-10; ggf. Organmanifestationen) Name der unheilbaren und fortschreitenden Erkrankung mit Organmanifestation und evtl. Metastasen

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

Komplexes Symptomgeschehen

- | | | |
|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> ausgeprägte urogenitale Symptomatik | <input type="checkbox"/> ausgeprägte respiratorische / kardiale Symptomatik | <input type="checkbox"/> ausgeprägte gastrointestinale Symptomatik |
| <input type="checkbox"/> ausgeprägte ulzerierende / exulzerierende Wunden oder Tumore | <input type="checkbox"/> ausgeprägte neurologische / psychiatrische / psychische Symptomatik | <input type="checkbox"/> 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) s. Mediplan

Folgende Maßnahmen sind notwendig

- | | | |
|--|--|--|
| <input checked="" type="checkbox"/> Beratung | <input checked="" type="checkbox"/> a. des behandelnden Arztes | <input checked="" type="checkbox"/> Koordination der Palliativversorgung |
| <input checked="" type="checkbox"/> X | b. der behandelnden Pflegefachkraft | |
| <input checked="" type="checkbox"/> X | c. des Patienten / der Angehörigen | |

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

bspw: krankheitsadaptierte Anpassung der Medikation; Beratung und Begleitung des Patienten und/ oder der Angehörigen zur Krankheitsverarbeitung und Stützung der häuslichen Versorgungssituation.

Additiv unterstützende Teilversorgung

Vollständige Versorgung



Nähere Angaben zu den notwendigen Maßnahmen der SAPV

Verhinderung weiterer Krankenhauseinweisungen.

Symptomkontrolle unter Zuhilfenahme indizierter ambulanter palliativ-medizinischer Möglichkeiten.

Vorausschauende Behandlungsplanung zur Verhinderung von Krisen.

24-stündige Erreichbarkeit zur bedarfsweisen Intervention.

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

Der Barcode enthält keine auf dem Formular nicht lesbaren Daten.

BSNR:

Vertragsarztstempel / Unterschrift des Arztes

Ausfertigung für den spezialisierten Leistungserbringer -
der Abrechnung beizufügen
PRF.NR. Y9/2101/24/226
Muster 63c/E (10.2014)

Krankenkasse bzw. Kostenträger		
Test, Test		
Name, Vorname des Versicherten		
Test	geb. am	
Test	05.05.55	
Moorenstrasse 5		
D 40225 Düsseldorf		
Kostenträgererkennung	Versicherten-Nr.	Status
		000000
Betriebsstätten-Nr.	Arzt-Nr.	Datum
		124.02.21

Verordnung spezialisierter ambulanter Palliativversorgung (SAPV)

Erst-verordnung Folge-verordnung

A small square icon with a white border, representing an accident.

Unfall
Unfallfolge

vom 01.03.21 bis 07.03.21

Verordnungsrelevante Diagnose(n) (ICD-10; ggf. Organmanifestationen) Name der unheilbaren und fortschreitenden Erkrankung mit Organmanifestation und evtl. Metastasen

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

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) s. Medioplan

Folgende Maßnahmen sind notwendig

Beratung

a. des behandelnden Arzts

Koordination der Palliativversorgung

- b. der behandelnden Pflegefachkra
- c. des Patienten / der Angehörigen

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

bspw: krankheitsadaptierte Anpassung der Medikation; Beratung und Begleitung des Patienten und/ oder der Angehörigen zur Krankheitsverarbeitung und Stützung der häuslichen Versorgungssituation

Additiv unterstützende Teilversorgung

Vollständige Versorgung



Nähere Angaben zu den notwendigen Maßnahmen der SAP

Verhinderung weiterer Krankenhouseinweisungen

Symptomkontrolle unter Zuhilfenahme indizierter ambulanter palliativmedizinischer Möglichkeiten.

Vorausschauende Behandlungsplanung zur Verhinderung von Krisen

24-stündige Erreichbarkeit zur bedarfswiseen Intervention

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

BSNF

Vertragsarztstempel / Unterschrift des Arztes
Ausfertigung für den verordnenden Arzt

Antrag des Versicherten

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

Datum

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.

Unterschrift des Versicherten / Vertretungsberechtigter

Angaben des Leistungserbringers für die SAPV

Die verordnete spezialisierte ambulante Palliativversorgung wird für den Zeitraum vom _____ bis _____ erbracht.

Name des Leistungserbringers / ggf. Stempel

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

Institutionskennzeichen des Leistungserbringers

Ansprechpartner (Name)

Telefonnummer

Fax-Nummer

E-Mail

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