

**Verordnung spezialisierter
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

Erstverordnung Folgeverordnung

Unfall Unfallsfolgen

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 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)

Aktuelle Medikation (ggf. einschließlich BtM) s. Mediplan

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)

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 palliativmedizinischer Möglichkeiten.

Vorausschauende Behandlungsplanung zur Verhinderung von Krisen.

24-stündige Erreichbarkeit zur bedarfsweisen Intervention.

BSNR:

Vertragsarztstempel / Unterschrift des Arztes

Ausfertigung für die Krankenkasse

PRF.NR. Y/9/2101/24/226
Muster 63a.1/E (10.2014)

Verordnung spezialisierter ambulanter Palliativversorgung (SAPV)

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

 Erstverordnung Folgeverordnung

 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 / exulzierende 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.

<input type="checkbox"/> Additiv unterstützende Teilversorgung	<input checked="" type="checkbox"/> Vollständige Versorgung
--	---



Nähere Angaben zu den notwendigen Maßnahmen der SAPV

Verhinderung weiterer Krankenhauseinweisungen.
Symptomkontrolle unter Zuhilfenahme indizierter ambulanter palliativmedizinischer Möglichkeiten.
Vorausschauende Behandlungsplanung zur Verhinderung von Krisen.
24-stündige Erreichbarkeit zur bedarfsweisen Intervention.

BSNR:

Vertragsarztstempel / Unterschrift des Arztes

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 spezialisierter 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

 Erstverordnung

 Folgeverordnung

 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

 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) s. Mediplan

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)

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 palliativmedizinischer Möglichkeiten.

Vorausschauende Behandlungsplanung zur Verhinderung von Krisen.

24-stündige Erreichbarkeit zur bedarfsweisen Intervention.

BSNR:

Vertragsarztstempel / Unterschrift des Arztes

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

Ausfertigung für den spezialisierten Leistungserbringer - der Abrechnung beizufügen

PRF.NR. Y/9/2101/24/226
Muster 63c/E (10.2014)

Der Barcode enthält keine auf dem Formular nicht lesbaren Daten.

Verordnung spezialisierter ambulanter Palliativversorgung (SAPV)

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

Erstverordnung Folgeverordnung

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

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) s. Mediplan

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)

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 palliativmedizinischer Möglichkeiten.

Vorausschauende Behandlungsplanung zur Verhinderung von Krisen.

24-stündige Erreichbarkeit zur bedarfsweisen Intervention.

BSNR:

Vertragsarztstempel / Unterschrift des Arztes

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

Ausfertigung für den verordnenden Arzt

Der Barcode enthält keine auf dem Formular nicht lesbaren Daten.

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