

# Verordnung spezialisierter ambulanter Palliativversorgung (SAPV)

Name, Vorname des Versicherten

geb. am

**Bitte ausfüllen**

Kostenträgerkennung    Versicherten-Nr.    Status

Betriebsstätten-Nr.    1    Arzt-Nr.    1    Datum

Erstverordnung    **Bitte ankreuzen**    Folgeverordnung

Unfallfolgen    Unfall

**Bitte Rsp.mit SAPV**

bis    VOM

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

**Bitte ausfüllen**

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

### Komplexes Symptomgeschehen

- ausgeprägte urogenitale Symptomatik
- ausgeprägte ulzerierende / exulzierende Wunden oder Tumore
- ausgeprägte Schmerzsymptomatik
- ausgeprägte respiratorische / kardiale Symptomatik
- ausgeprägte neurologische / psychiatrische / psychische Symptomatik

**Bitte ankreuzen**

- ausgeprägte gastrointestinale 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)

**Bitte ausfüllen**

### Aktuelle Medikation (ggf. einschließlich BiM)

**Bitte per Fax: Medikationsplan, Überleitungsbogen, Arztbrief**

### Folgende Maßnahmen sind notwendig

Koordination der Palliativversorgung

- Beratung a. des behandelnden Arztes
- b. der behandelnden Pflegefachkraft
- c. des Patienten / der Angehörigen

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

**Bitte ankreuzen**

- Additiv unterstützende Teilversorgung
- Vollständige Versorgung

### Nähere Angaben zu den notwendigen Maßnahmen der SAPV

**Bitte ausfüllen**

**Bsp.:**

Notfallplanerstellung

Symptomkontrolle

Psychosoziale Begleitung

Ggf Pumpenversorgung

Vertragsarztstempel / Unterschrift des Arztes

Für die Erstverordnung ist die Kostenpauschale  
Folgeverordnung die Kostenpauschale 01426 berechnungsfähig.

Ausfertigung für die Krankenkasse