

## Verordnung spezialisierter ambulanter Palliativversorgung (SAPV)

Name, Vorname des Versicherten			geb. am
Kassen-Nr.	Versicherten-Nr.	Status	
Betriebsstätten-Nr.	Arzt-Nr.	Datum	

Vertragsarzt                       Krankenhausarzt  
 Erstverordnung                       Folgeverordnung                       Unfall Unfallfolgen

vom 

T	T	M	M	J	J
---	---	---	---	---	---

 bis 

T	T	M	M	J	J
---	---	---	---	---	---

**Leistungsbegründende Diagnose(n)** (ICD-10; ggf. Organmanifestationen)

---



---

die Krankheit ist nicht heilbar, sie ist fortschreitend und weit fortgeschritten

**Komplexes Symptomgeschehen**

- |  |  |   |
|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> ausgeprägte Schmerzsymptomatik            | <input type="checkbox"/> ausgeprägte neurologische/psychiatrische/psychische 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 urogenitale Symptomatik              |
| <input type="checkbox"/> sonstiges komplexeres Symptomgeschehen    |  |   |

**Nähere Beschreibung des komplexen Symptomgeschehens und des besonderen Versorgungsbedarfs** (die allgemeine Palliativversorgung reicht nicht aus z. B. wegen therapierefraktärer Schmerzen, Ruhedyspnoe/Erstickungsanfälle, Obstipation)

---



---

**Aktuelle Medikation** (ggf. einschließlich BtM)

---



---



---



---

**Folgende Maßnahmen sind notwendig**       Beratungsleistung                       Koordination der Palliativversorgung mit folgender inhaltlicher Ausrichtung (wer, wen, worüber)

---



---

**Nähere Angaben zu den notwendigen Maßnahmen der SAPV**

Additiv unterstützende Teilversorgung

---



---



---



---



---

Vollständige Versorgung

Stempel / Unterschrift des Arztes

## Antrag des Versicherten

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

Datum

T	T	M	M	J	J
---	---	---	---	---	---

Unterschrift des Versicherten

## Angaben des Leistungserbringers für die SAPV

Die verordnete spezialisierte ambulante Palliativversorgung wird für den Zeitraum vom  
Name des Leistungserbringers

T	T	M	M	J	J
---	---	---	---	---	---

bis

T	T	M	M	J	J
---	---	---	---	---	---

erbracht.

Anschrift (Straße, Hausnummer, PLZ, Wohnort)

Institutionskennzeichen des Leistungserbringers

Ansprechpartner (Name, Vorname)

Telefonnummer

Fax-Nummer

E-Mail

Datum

T	T	M	M	J	J
---	---	---	---	---	---

Stempel / Unterschrift des Leistungserbringers

## Genehmigung der Krankenkasse

Die spezialisierte ambulante Palliativverordnung 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

T	T	M	M	J	J
---	---	---	---	---	---

Datum

T	T	M	M	J	J
---	---	---	---	---	---

**2. Korrektur 07.08.2008**

Stempel / Unterschrift der Krankenkasse