

Krankenkasse/ Kostenträger		
Name, Vorname des Versicherten		
		geb. am
Kassen Nr.	Versicherten Nr.	Status
Betriebsstätten Nr.	Arzt Nr.	Datum

**Mitteilung an**

- Krankenkasse     
  Verordner     
  Patient

vom      T T . M M . J J

**Ergebnis des Eingangsassessment**

**gemäß § 5 Abs. 8 und § 6 Abs. 4 der SAPV-Musterverträge Hessen**

Die Voraussetzungen der SAPV gem. SAPV-RL sind gegeben  
 (Erkrankung, Ziel der Versorgung, Besonderer Versorgungsaufwand)

- ja      Die Maßnahmen der SAPV- Versorgung durch das Palliativteam können unter den aktuellen Umständen die Zielsetzung der häuslichen Versorgung gem. der SAPV-RL und / oder zur Vermeidung der Krankenhauseinweisung wahrscheinlich erhalten und unterstützen.
- nein      Aktuell sind die Mittel der vertrags-/ hausärztlichen Versorgung ausreichend.

**Beendigung der SAPV**

**§ 5 Abs. 9 der SAPV-Musterverträge Hessen**

- Aktuell sind die Mittel der vertrags-/ hausärztlichen Versorgung ausreichend.

Die SAPV wird beendet, der letzte Behandlungstag ist der:

\_\_\_\_\_

- Zur stationären Aufnahme in ein Krankenhaus wird die SAPV beendet mit dem letzten Behandlungstag am:

\_\_\_\_\_

Palliativarzt / Pflegefachkraft Palliative Care