

# Verordnung spezialisierter ambulanter Palliativversorgung (SAPV)

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

Erstverordnung       Folgeverordnung  
 Unfall Unfallfolgen

vom           bis

**Verordnungsrelevante Diagnose(n)** (ICD-10; ggf. Organmanifestationen) \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

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

**Komplexes Symptomgeschehen**

<input type="checkbox"/> ausgeprägte urogenitale Symptomatik	<input type="checkbox"/> ausgeprägte Schmerzsymptomatik	<input type="checkbox"/> ausgeprägte gastrointestinale Symptomatik
<input type="checkbox"/> ausgeprägte ulzerierende / exulzierende Wunden oder Tumore	<input type="checkbox"/> ausgeprägte respiratorische / kardiale Symptomatik	<input type="checkbox"/> sonstiges komplexes Symptomgeschehen
<input type="checkbox"/> ausgeprägte neurologische / psychiatrische / psychische 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) \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

**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)

\_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

Additiv unterstützende Teilversorgung       Vollständige Versorgung

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

\_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

Vertragsarztstempel / Unterschrift des Arztes

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

## Antrag des Versicherten

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

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.

Datum

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Unterschrift des Versicherten / Vertretungsberechtigten

## Angaben des Leistungserbringers für die SAPV

Die verordnete spezialisierte ambulante Palliativversorgung wird für den Zeitraum vom 

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

 bis 

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

 erbracht.

Name des Leistungserbringers / ggf. Stempel

Palliativstützpunkt Rheinhessen-Nahe

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

Mühlenstrasse 39, 55543, Bad Kreuznach

Institutionskennzeichen des Leistungserbringers

460713774 BSN: 745100663

Ansprechpartner (Name)

Telefonnummer

(0671) / 372-1430

Fax-Nummer

(0671) / 372-1674

E-Mail

info-sapv@marienwoerth.de

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