



# Informationsbroschüre zur Verordnung spezialisierter ambulanter Palliativversorgung (SAPV) „Muster 63“

(REV\_12\_2023-02-08)



## Palliativstützpunkt Rheinhessen-Nahe am Krankenhaus St. Marienwörth

### Postadresse:

Mühlenstr. 39  
55543 Bad Kreuznach

Tel.: (0671) 372-1430

Fax: (0671) 372-1674

Internet: [www.palliativstuetzpunkt-kh.de](http://www.palliativstuetzpunkt-kh.de)

E-Mail: [info-sapv@marienwoerth.de](mailto:info-sapv@marienwoerth.de)

### Besucheradresse:

Bruder Jakobus Haus  
2. Obergeschoss  
Mühlenstr. 51  
55543 Bad Kreuznach

## Allgemeine Information

Die spezialisierte ambulante Palliativversorgung (SAPV) wird auf dem Vordruckmuster 63 nach Maßgabe der Richtlinie des G-BA über die Verordnung der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung von einem behandelnden Arzt oder behandelnden Ärztin verordnet.

Das Formular „Muster 63“ kann man auf unserer Internetseite [www.palliativstuetzpunkt-kh.de](http://www.palliativstuetzpunkt-kh.de) herunterladen oder direkt bei der KV bestellen, auch als Formulareindruck.

**Wenn Sie eine/n Patient\*in in SAPV einschreiben möchten, nehmen Sie bitte vorab telefonischen Kontakt mit uns auf.**

**Bitte teilen Sie uns telefonisch + per FAX die Kontaktdaten der/des Patient\*in mit.**

**Dann besprechen wir gemeinsam mit Ihnen die Versorgungsmöglichkeiten und klären das weitere Vorgehen.**

**Nachdem Sie das „Muster 63“ ausgefüllt haben, lassen Sie bitte den/die Patient\*in (oder den/die vorsorgebevollmächtigten Angehörigen) auf dem 2. Blatt (rechts oben) unterschreiben.**

**Danach faxen Sie bitte die vollständige Verordnung (insges. 2 Seiten mit Unterschrift des Pat. oder der Angehörigen) an Fax-Nr. (0671) 372-1674**

**Anschließend schicken Sie bitte die zuvor gefaxte Verordnung per Post an unser Stützpunktbüro.**

**Palliativstützpunkt Rheinhessen-Nahe**  
Mühlenstr. 39  
55543 Bad Kreuznach

**Danach** nehmen wir direkt Kontakt zum/zur Patient\*in und der Familie auf, um die SAPV zu organisieren.

## **Wichtig**

SAPV-Beginn auf das Datum setzen, an dem das Formular unterschrieben an den Stützpunkt gefaxt wird.

### **Danach haben wir 3 Werktag Zeit die Erstassessments**

durch Palliative-Care Fachkraft + Palliativmediziner\*in durchzuführen  
+ den Originalantrag an die zuständige Krankenkasse weiterzuleiten.

**Für das Ausstellen der Verordnung erhalten Sie eine Kostenpauschale bei der Abrechnung:**

- **Erstverordnung** Abrechnungsziffer: **01425**
- **Folgeverordnung** Abrechnungsziffer: **01426**

**Eingeschriebene Patient\*innen erreichen uns rund um die Uhr über eine Notrufnummer.**

Wir führen für die eingeschriebenen Patient\*innen eine elektronische Patientenakte (PalliDoc®), über die sich der Rufbereitschaftsdienst sowie alle an der Patientenversorgung beteiligten Teammitglieder jederzeit und umfassend über den/die jeweilige/n Patient\*in informieren können.

### **Indikationen zur Verordnung der SAPV / Voraussetzungen zur Verordnung der SAPV**

*Der/die Patient\*in leidet an einer...*

**unheilbaren, fortschreitenden und weit fortgeschrittenen Krankheit, und es besteht eine komplexe Symptomentwicklung, zu deren Kontrolle die Ressourcen der allgemeinen ambulanten Palliativversorgung (AAPV) fachlich, strukturell und/oder zeitlich nicht mehr ausreichend sind.**

#### **Voraussetzung zur SAPV ist unter anderem:**

**Der Patientenwille:** zu Hause zu sterben zu wollen

**+**

**Tragfähiges versorgendes Umfeld:**

= die Betreuung und Versorgung zu Hause ist gewährleistet

## **Krankheitsbilder mit Indikation zu SAPV:**

- Karzinompatient\*innen im onkologisch nicht mehr therapierbarem Status, evtl. Einzelfallbegründung für Chemotherapie zur Beschwerdelinderung (Ergüsse, Ödeme, Schmerzen), Bestrahlung (lokales Verfahren) zur Symptomlinderung
- schwer zu therapierende Schmerzzustände mit wechselnden Schmerzen, rascher Verlauf der Erkrankung,
- schwer einzustellende Symptome,
- Medikamenteneinnahme nicht mehr gewährleistet – Applikationswege ändern
- Umstellung Pflaster, PCA-Pumpe, etc.

## **Organversagen: von Hirn – Niere – Leber – Lunge – Herz – Darm ...**

- ausgeprägte neurologische, psychiatrische oder psychische Symptomatik
- ALS
- Demenz im Endstadium = wenn Pat. nicht mehr schlucken kann  
→ Patientenverfügung!
- medikamentöse Leidenslinderung und Unterstützung / psycho-soziale und medizinische Begleitung der Familie im Sterbeprozess,
- neu aufgetretenes Delir in der Endphase neurologischer Erkrankungen (Parkinson, MS, Demenz), d.h. wenn Medikamenteneinnahmeumstellung, Dosissteigerung notwendig ist.

**SAPV ist in Ausnahmefällen auch bei schwersten chronischen Erkrankungen möglich, wenn folgende Voraussetzungen erfüllt sind:**

### **1. Patientenwille**

Ablehnung weiterer lebensverlängernder Maßnahmen und

### **2. Tragfähiges versorgendes Umfeld**

= die Betreuung und Versorgung zu Hause ist gewährleistet

### **3. Endstadium**

d.h. keine künstl. Ernährung / Beatmung / Antibiotika.... –  
Einzelfallbegründung, reine Symptomkontrolle

## zum Beispiel

- ausgeprägte respiratorische oder kardiale oder renale Symptomatik: Lungeninsuffizienz bei COPD / Fibrose / Emphysem – oft mit Erstickungsängsten / Herzinsuffizienz / nicht mehr therapierbare Angina pectoris / Niereninsuffizienz mit Ablehnung der Dialyse und komplexem Symptomgeschehen
- Lungen- oder Herzerkrankung im Terminalstadium mit mehreren Klinikaufenthalten in der letzten Zeit und klarem Patientenwille zu Hause zu sterben – wenn die versorgende Familie das tragen will und kann (schwerstes Cor pulmonale / Rechtsherzinsuffizienz, zunehmendes Multiorganversagen durch Leberstau)
- Einzelfallbegründung
- ausgeprägte gastrointestinale Symptomatik: Darmversagen, Ileus – Subileus, abdominale Schmerzen, Erbrechen mit Unfähigkeit Nahrung oder Medikamente aufzunehmen.
- ausgeprägte ulzerierende oder exulzerierende Wunden oder Tumore
- ausgeprägte urogenitale Symptomatik
- wenn Dialyse abgelehnt wird - Niereninsuffizienz mit progred. Urämie, Harnfisteln in Darm / Darm – Blasen- oder Darm-Scheidenfistelung

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

### Verordnung spezialisierter ambulanter Palliativversorgung (SAPV)

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 / exulzerierende 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
- |                          |                                     |   |
|--------------------------|-------------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> | a. des behandelnden Arztes          | <input type="checkbox"/> Koordination der Palliativversorgung |
| <input type="checkbox"/> | b. der behandelnden Pflegefachkraft |   |
| <input type="checkbox"/> | 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.

### Verordnung spezialisierter ambulanter Palliativversorgung (SAPV)

Das **AUSSTELLUNGSDATUM** muss angegeben werden und mit dem Verordnungsbeginn identisch sein!!

Der **VERORDNUNGZEITRAUM** muss korrekt angegeben werden! Die Formulierung „bis auf weiteres...“ kann nicht akzeptiert werden. Die Klinik kann die Verordnung bis max. 7 Werktage, der Hausarzt 4-6 Wochen ausstellen.

Krankenkasse bzw. Kostenträger		geb. am
Klassen-Nr.	Versicherten-Nr.	Status
Betriebsstätten-Nr.	Arzt-Nr.	Arzt-Nr.

Erstverordnung  
 Unfall Unfallfolgen

vom [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] bis [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ]

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

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

**„VERORDNUNGSRELEVANTE DIAGNOSEN“** anhand dieser Angaben muss sich ableiten lassen, dass die Erkrankung nicht heilbar und bereits weit fortgeschritten ist, so dass die Lebenserwartung begrenzt ist.

Komplexes Symptomgeschehen

**KOMPLEXES SYMPTOMGESCHEHEN:** in mindestens einem der angegebenen Bereiche muss ein komplexes Symptomgeschehen vorliegen.

→ „nur“ ankreuzen ist **NICHT** ausreichend!

- ausgeprägte Schmerzsymptomatik
- ausgeprägte respiratorische / kardiale Symptomatik
- ausgeprägte neurologische / psychiatrische / psychische Symptomatik

Symptomgeschehens und des besonderen Versorgungsbedarfs zur Begründung, dass eine ambulante Palliativversorgung notwendig ist (z. B. therapierefraktäre Schmerzen, Ruhedyspnoe / Erbrechen / Durchfälle)

Aktuelle Medikation (ggf. einschließlich BtM) \_\_\_\_\_

**AKTUELLE MEDIKATION:** Es kann auch auf einen Medikamentenplan hingewiesen werden, der dann der Verordnung beiliegen muss!

Folgende Maßnahmen sind notwendig

- Beratung
  - a. des behandelnden Arztes
  - b. der behandelnden Pflegefachkraft
  - c. des Palliativversorgungsbeauftragten
- Koordination der Palliativversorgung

**MASSNAHMEN SAPV:** → „nur“ ein ankreuzen der Leistungen ist nicht ausreichend! Die SAPV Maßnahmen müssen näher beschrieben werden. Die SAPV kann entweder als **Beratungs- und Koordinationsleistung** oder **einmalige BERATUNG** verordnet werden! **Bitte kreuzen Sie entsprechendes an!**

- Additiv unterstützende Teilversorgung
- Vollständige Versorgung

Näher beschreiben zu den notwendigen Maßnahmen der SAPV

Beschreibt die Übernahme einzelner Versorgungsleistungen, die durch den Bedarf einer besonders aufwändigen und zeitintensiven Versorgung notwendig werden

**WICHTIG:** Bitte immer Praxisstempel **UND** Unterschrift des Arztes ohne ist die Verordnung ungültig!

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

Vortragsarztstempel / Unterschrift des Arztes

**Antrag des Versicherten**

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

Datenschutzhinweis (§ 57a 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

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

**WICHTIG:** Bitte lassen Sie den **PATIENTEN** ODER dessen Vertreter (Vorsorgebevollmächtigte(r), Betreuer(-in), Familien-angehöriger) unterschreiben.

Sollte der Patient nicht unterschreiben können und kein Vertreter eingesetzt sein, lassen Sie das Feld bitte offen!

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

Bitte **FAXEN** Sie die vollständig ausgefüllte Verordnung **VORAB** an den Palliativstützpunkt Rheinhessen-Nahe und schicken Sie anschließend die **ZUVOR GEFAXTE** Verordnung mit **der Post an uns!**

Unsere Fax-Nummer:**0671 / 372-1674**Postadresse:

Palliativstützpunkt Rheinhessen-Nahe  
Mühlenstr. 39  
55543 Bad Kreuznach

**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



## Ausfüllhilfe zum „Muster 63“

**Alle erfragten Punkte müssen beantwortet werden – ein „Ankreuzen“ alleine reicht nicht aus!**

### Diagnosen:

- Auf verordnungsrelevante Diagnosen beschränken, d.h. nur die in kurzer Zeit zum Tod führende Erkrankung und ihre Symptomatik ist von Bedeutung
- Bei Tumorerkrankungen die Lokalisation aller Metastasen angeben, da dies oft ein Hinweis auf die besondere Problematik ist
- Hilfreiche Angaben sind besondere klinische Ereignisse (Krampfanfälle, Blutungen, Bewusstseinsstörungen, etc.), Verschlechterung des Karnofsky-Index, Zunahme stark belastender Symptome (Atemnot, Durchbruchschmerz, Übelkeit, Unruhe, Ängste, etc.), Vorhandensein von Aszites, Pleuraerguss etc.

### Nähere Beschreibung des komplexen Symptomgeschehens und des besonderen Versorgungsbedarfs:

#### **(Beispiele)**

#### Ausgeprägte Schmerzsymptomatik

- Schmerzen, die unter der laufenden Therapie nicht ausreichend gelindert sind
- Ruheschmerzen
- Schwer behandelbarer Schmerztyp, z.B. viszerale Schmerzen, neuropathische Schmerzen
- Häufig wechselnde Schmerzintensität
- Schmerzen, die durch psychosoziale Faktoren stark beeinflusst werden

#### Ausgeprägte neurologische/psychiatrische/psychische Symptomatik

- Stark belastende oder progrediente Sensibilitätsstörungen
- Lähmungen mit schweren Aktivitätsbeeinträchtigungen
- rezidivierende Krampfanfälle

- rezidivierende, belastende Angstzustände und/oder Panikattacken
- Depressive Zustände mit komplexen (!! ) Symptomen wie z. B. ausgeprägter
- Schlaflosigkeit, ständigem Grübeln, häufigem Weinen, innerer Unruhe, Suizidgedanken
- Akute oder im Tagesverlauf wechselnde Bewusstseinsstörungen bzw. delirante Zustände unterschiedlicher Ursache, z.B. bedingt durch Tumorprogredienz, therapiebedingte Nebenwirkungen, metabolische Veränderungen

### Ausgeprägte respiratorische/kardiale Symptomatik

- Schwer beherrschbare Luftnot unterschiedlicher Ursachen z.B. bei nicht kausal
- therapierbarem Lungenödem, Pleura- / Perikardergüssen, tumorbedingter Tracheal- / Bronchialkompression /-obstruktion
- Therapierefraktäre Angina pectoris
- Täglich oder mehrmals wöchentlich auftretende Synkopen oder Adam-Stokes-Anfälle z.B. im Rahmen rezidivierender Lungenembolien oder hochgradiger Herzrhythmusstörungen
- Ausgeprägter belastender Husten

### Ausgeprägte gastrointestinale Symptomatik

- Therapierefraktäre Übelkeit, die eine effektive Symptomkontrolle beeinträchtigt, z.B. durch Unmöglichkeit oraler Medikamentenaufnahme
- Rezidivierendes Erbrechen, das eine effektive Symptomkontrolle beeinträchtigt, z.B. durch Erbrechen eingenommener Medikamente
- Rezidivierende Hämatemesis bzw. Miserere
- Rezidivierende Meläna/Hämatochezie
- Symptome durch massiven Aszites
- Ileus/Subileus
- Ausgeprägter belastender Singultus, Dysphagie

## Ausgeprägte ulzerierende / exulzerierende Wunden oder Tumore

- unangenehmer Geruch
- entstellende Wirkung
- drohende Blutungsneigung

## Ausgeprägte urogenitale Symptomatik

- Akuter Harnverhalt, z.B. mechanischer, medikamententoxischer, neurogener oder funktioneller Ursache
- Fistelbildung mit Stuhl/Harninkontinenz
- Blutungen im Bereich der ableitenden Harnwege

## Sonstige ausgeprägte Symptomatik

- Symptome durch eine Hyperkalzämie
- Ausgeprägter, belastender Pruritus, z.B. bei Ikterus oder Niereninsuffizienz
- Ausgeprägtes Fatigue-Syndrom
- Anorexie

## **Aktuelle Medikation**

- Muss aufgeführt werden!!
- Medikament, Dosierung, Applikationsart muss einzeln angegeben werden.
- Bedarfsmedikation nicht vergessen!!
- Ein festes Zeitschema einschließlich der Bedarfsmedikation und Co-Analgetika (adjuvante Therapie) muss erkennbar sein

## **Folgende Maßnahmen sind notwendig:**

Inhaltliche Ausrichtung von Beratung und /oder Koordination angeben, wie z.B.:

- Beratung zu Möglichkeiten der terminalen Sedierung bei Angst vor Erstickungstod,
- Vorgehen bei Krampfanfällen, Beratung in Fragen der Flüssigkeitszufuhr,
- Koordination der Grundversorgung und Portversorgung zur Schmerztherapie,
- Einschaltung des Hospizdienstes

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

**→ Immer konkret werden**

### **Zum Beispiel:**

- kontrollierte Dosisanpassung unter engmaschiger Überwachung und Überprüfung der Medikamentenwirkung
- Opioid Umstellung, Opioid Rotation oder Umstellung der Dosis bei Änderung der Applikationswege

## Anwendung einer speziellen medikamentösen Kombinationstherapie

- Anwendung eines analgetischen Behandlungsregimes, das im Rahmen der bestehenden anderweitigen ambulanten Versorgungsformen nicht durchgeführt werden kann (z. B. Schmerzpumpe)
- Erkennung der Ursachen der Dyspnoe und Auswahl entsprechender Behandlungs- Maßnahmen
- Punktionen von Aszites, Pleura Erguss
- intermittierenden Sauerstoffgabe in wechselnder Dosierung
- Anwendung eines Beatmungsgerätes
- Durchführung einer komplexen medikamentösen und nicht medikamentösen Differenzialtherapie gegen Übelkeit und Erbrechen
- Indikationsstellung zur Anlage einer Magensonde oder Ablauf-PEG und ggf. Durchführung spezieller entlastender Maßnahmen
- engmaschigen Steuerung der Ernährungs- und Flüssigkeitsversorgung über Sonden und Katheter
- Durchführung von Verbandwechseln unter Verwendung spezieller Materialien, ggf. unter Anwendung einer Analgosedierung
- Behandlung von einer Wunde ausgehenden Blutungen
- engmaschigen Verlaufsbeobachtung der Ausscheidungsfunktion
- kurzfristigen Katheterisierung unter erschwerten anatomischen Bedingungen
- Aufklärung und psychologischen Betreuung des Patienten und der Angehörigen zur Krankheitsverarbeitung
- Unterstützung bei der Entwicklung von Bewältigungsstrategien oder
- Kommunikationsschwierigkeiten
- speziell geschulte Gesprächsführung bei ausgeprägter Angst und Panik
- kompetente Begleitung des Patienten und der Angehörigen mit Ausstrahlung von Ruhe und Sicherheit
- Anwendung von speziellen Entspannungs- und Lagerungstechniken sowie Atemübungen
- Vorausschauende Planung für Notfälle und kurzfristiger Intervention bei Krisen

## **Verordnungsrelevante Diagnose(n) (ICD-10)**

- die in kurzer Zeit zum Tode führende Erkrankung und ihre Symptome,
- z.B. nicht kausal therapierbares Lungenödem, Pleura-/Perikard Ergüsse, tumorbedingte Tracheal- / Bronchialkompression/-obstruktion, Aszites,
- klinische Ereignisse  
z.B. Krampfanfälle, Blutungen, Bewusstseinsstörungen,
- stark belastende Symptome  
z.B. Atemnot, Durchbruchschmerz, Übelkeit

## **Folgeverordnung**

- Eine Progression des Symptomgeschehens muss erkennbar sein

*Kontakt:*

**Palliativstützpunkt RHN  
SAPV-Team**

Palliativstützpunkt  
Rheinessen-Nahe



Postadresse:  
Mühlenstr. 39  
55543 Bad Kreuznach

Besucheradresse:  
Gesundheitszentrum Nahe  
Bruder Jakobus Haus  
2. Obergeschoss  
Mühlenstr. 51  
55543 Bad Kreuznach

Telefon (0671) 372-1430 (Zentralnummer)  
Telefax (0671) 372-1674

Bürozeiten:  
Mo – Do 8.00 – 16:00 Uhr  
Freitag 8.00 – 12:00 Uhr

info-sapv@marienwoerth.de  
[www.palliativstuetzpunkt-kh.de](http://www.palliativstuetzpunkt-kh.de)

IK-Nr.: 460 713 774  
BSNR: 745 100 663

**Eingeschriebene Patient\*innen erreichen uns**

**rund um die Uhr**

**über eine Notrufnummer**

**Bankverbindung /Spendenkonto:**

**Sparkasse Rhein-Nahe, Bad Kreuznach**

**Kontoinhaber:** FRANZISKANERBR. SAPV  
**IBAN:** DE23 5605 0180 0017 0524 99  
**BIC:** MALADE51KRE