

Verordnung spezialisierter ambulanter Palliativversorgung (SAPV)

Krankenkasse bzw. Kostenträger		
MUSTER VERORDNUNG		
Name, Vorname des Versicherten		
Mustermann, Max		geb. am
		05.12.1890
Kostenträgerkennung	Versicherten-Nr.	Status
		0000000
Betriebsstätten-Nr.	Arzt-Nr.	Datum
		01.04.2018

Erstverordnung
 Folgeverordnung
 Unfall Unfallfolgen
 vom **01.04.2018** bis **30.06.2018**

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

Hier bitte Diagnosen eingeben _____

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

Bitte passendes ankreuzen, mehrfach Auswahl möglich
Komplexes Symptomgeschehen ausgeprägte Schmerzsymptomatik

- ausgeprägte urogenitale Symptomatik
- ausgeprägte respiratorische / kardiale Symptomatik
- ausgeprägte gastrointestinale Symptomatik
- ausgeprägte ulzerierende / exulzerierende Wunden oder Tumore
- ausgeprägte neurologische / psychiatrische / psychische 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)

ausfüllen: z. B: Aspirationspneumonien, starke Unruhephasen, massive Krampfanfälle, Ernährungsschwierigkeiten, unklare Schmerzsituation etc. _____

Aktuelle Medikation (ggf. einschließlich BtM) _____

ausfüllen: aktuelle Medikation _____

Folgende Maßnahmen sind notwendig

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

mit folgender inhaltlicher Ausrichtung (Gegenstand, Häufigkeit, evtl. Beratung für Sonstige)
Optimierung der Symptomkontrolle, Begleitung, Entlastung, Anleitung, Krisenantizipation, Krisenintervention _____

- Additiv unterstützende Teilversorgung
- Vollständige Versorgung

Nähere Angaben zu den notwendigen Maßnahmen der SAPV

Richtlinien- und vertragskonforme Mitversorgung _____

Stempel und Unterschrift

Vertragsarztstempel / Unterschrift des Arztes

Ausfertigung für die Krankenkasse

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