

Verordnung spezialisierter ambulanter Palliativversorgung (SAPV)

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

Muster

 Erst-
verordnung

 Folge-
verordnung

 Unfall
Unfallfolgen

 vom **0 1 0 1 1 7** bis **3 1 0 1 1 7**
Verordnungsrelevante Diagnose(n) (ICD-10; ggf. Organmanifestationen)

**Metastasierendes Magen-Carcinom, Peritonealcarcinose, Aszites, Ileus,
Tumorschmerz**

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

Komplexes Symptomgeschehen
 ausgeprägte
Schmerzsymptomatik

 ausgeprägte urogenitale
Symptomatik

 ausgeprägte respiratorische /
kardiale Symptomatik

 ausgeprägte gastrointestinale
Symptomatik

 ausgeprägte ulzerierende /
exulzierende 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)

Nicht beherrschbares Erbrechen, Miserere, Schmerzkrise

Aktuelle Medikation (ggf. einschließlich BtM)

siehe Medikamentenplan

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)

**Palliativmedizinisches- und pflegerische Versorgung, Besserung der komplexen gl-
und Schmerzsymptomatik, Stabilisierung des häuslichen Umfelds**

 Additiv unterstützende
Teilversorgung

 Vollständige
Versorgung

Nähere Angaben zu den notwendigen Maßnahmen der SAPV

**24-Stunden-Ruf- und Einsatzbereitschaft, Vermeidung von
Krankenhaus-Einweisungen, Erstellen eines Notfallplanes**

Muster

 Vertragsarztstempel / Unterschrift des Arztes
Ausfertigung für die Krankenkasse

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