

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

Erstverordnung  Folgeverordnung

Unfall Unfallsfolgen

vom 

T	T	M	M	J	J
---	---	---	---	---	---

 bis 

T	T	M	M	J	J
---	---	---	---	---	---

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

Name der unheilbaren, fortschreitenden Erkrankung mit Organmanifestationen und evtl. Metastasierung

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

Hier bitte entsprechend auswählen, und ggf. näher beschreiben.

**Komplexes Symptomeschehen**

<input type="checkbox"/> ausgeprägte urogenitale Symptomatik	<input type="checkbox"/> ausgeprägte respiratorische / kardiale Symptomatik	<input type="checkbox"/> ausgeprägte gastrointestinale Symptomatik
<input type="checkbox"/> ausgeprägte ulzerierende / exulzerierende Wunden oder Tumore	<input type="checkbox"/> ausgeprägte neurologische / psychiatrische / psychische Symptomatik	<input type="checkbox"/> sonstiges komplexes Symptomeschehen

Nähere Beschreibung des komplexen Symptomeschehens und des besonderen Versorgungsbedarfs zur Begründung, warum spezialisierte ambulante Palliativversorgung notwendig ist (z. B. therapieresistente Schmerzen, Ruhedyspnoe / Erstickungsanfälle, nicht beherrschbares Erbrechen / Durchfälle)

Aktuelle Medikation (ggf. einschließlich BtM) **siehe Medikationsplan**

Folgende Maßnahmen sind notwendig Hier bitte bei vollständiger Versorgung alles ankreuzen.

<input checked="" type="checkbox"/> Beratung	<input checked="" type="checkbox"/> a. des behandelnden Arztes	<input checked="" type="checkbox"/> Koordination der Palliativversorgung
	<input checked="" type="checkbox"/> b. der behandelnden Pflegefachkraft	
	<input checked="" type="checkbox"/> c. des Patienten / der Angehörigen	

mit folgender inhaltlicher Ausrichtung (Gegenstand, Häufigkeit, evtl. Beratung für Sonstige)

bspw: krankheitsadaptierte Anpassung der Medikation; Beratung und Begleitung des Patienten und/oder der Angehörigen zur Krankheitsverarbeitung und Stützung der häuslichen Versorgungssituation

Bei einer Versorgung in einer Pflegeeinrichtung (Seniorenheim) bitte Teilversorgung ankreuzen.

Additiv unterstützende Teilversorgung  Vollständige Versorgung

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

- Verhinderung weiterer Krankenhauseinweisungen.
- Symptomkontrolle unter Zuhilfenahme indizierter ambulanter palliativmedizinischer Möglichkeiten.
- Vorausschauende Behandlungsplanung zur Verhinderung von Krisen.
- 24-stündige Erreichbarkeit zur bedarfsweisen Intervention.

**Verbindliches Muster**  
Betriebsstättennummer

Vertragsarztstempel / Unterschrift des Arztes  
Ausfertigung für die Krankenkasse

## 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

T	T	M	M	J	J
---	---	---	---	---	---

Unterschrift des Versicherten / Vertretungsberechtigten

## Angaben des Leistungserbringers für die SAPV

Die verordnete spezialisierte ambulante Palliativversorgung wird für den Zeitraum vom 

T	T	M	M	J	J
---	---	---	---	---	---

 bis 

T	T	M	M	J	J
---	---	---	---	---	---

 erbracht.

Name des Leistungserbringers / ggf. Stempel

--

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

--

Institutionskennzeichen des Leistungserbringers

--

Ansprechpartner (Name)

--

Telefonnummer

--

Fax-Nummer

--

E-Mail

--

Datum

T	T	M	M	J	J
---	---	---	---	---	---

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

T	T	M	M	J	J	J	J
---	---	---	---	---	---	---	---

Datum

T	T	M	M	J	J
---	---	---	---	---	---

**Freigabe 02.02.2011**

**Verbindliches Muster**

Stempel / Unterschrift der Krankenkasse

--

Name, Vorname des Versicherten

geb. am

 Erst-  
verordnung Folge-  
verordnung Unfall  
Unfallfolgen

Kassen-Nr.

Versicherten-Nr.

Status

Betriebsstätten-Nr.

Arzt-Nr.

Datum

vom  bis 

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


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

## Komplexes Symptomeschehen

 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  
Symptomeschehen

Nähere Beschreibung des komplexen Symptomeschehens und des besonderen Versorgungsbedarfs zur Begründung, warum spezialisierte ambulante Palliativversorgung notwendig ist (z. B. therapieresistente 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


Verbindliches Muster

Vertragsarztstempel / Unterschrift des Arztes

Ausfertigung für den spezialisierten Leistungs-  
erbringer

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

Erstverordnung
  Folgeverordnung  
 Unfall  
 Unfallfolgen

vom **TTMMJJ** bis **TTMMJJ**

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

---



---

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

**Komplexes Symptomeschehen**

ausgeprägte urogenitale Symptomatik
  ausgeprägte respiratorische / kardiale Symptomatik
  ausgeprägte gastrointestinale Symptomatik  
 ausgeprägte ulzerierende / exulzierende Wunden oder Tumore
  ausgeprägte neurologische / psychiatrische / psychische Symptomatik
  sonstiges komplexes Symptomeschehen

Nähere Beschreibung des komplexen Symptomeschehens und des besonderen Versorgungsbedarfs zur Begründung, warum spezialisierte ambulante Palliativversorgung notwendig ist (z. B. therapieresistente 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**

---



---



---



---

**Verbindliches Muster**

Vertragsarztstempel / Unterschrift des Arztes

**Freigabe 02.02.2011**

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 Unfallsfolgen

vom 

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

 bis 

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

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

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

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

**Komplexes Symptomeschehen**

ausgeprägte urogenitale Symptomatik       ausgeprägte respiratorische / kardiale Symptomatik       ausgeprägte gastrointestinale Symptomatik

ausgeprägte ulzerierende / exulzerierende Wunden oder Tumore       ausgeprägte neurologische / psychiatrische / psychische Symptomatik       sonstiges komplexes Symptomeschehen

Nähere Beschreibung des komplexen Symptomeschehens und des besonderen Versorgungsbedarfs zur Begründung, warum spezialisierte ambulante Palliativversorgung notwendig ist (z. B. therapieresistente 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

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Verbindliches Muster**

Vertragsarztstempel / Unterschrift des Arztes

Ausfertigung für den verordnenden Arzt

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