

Verordnung spezialisierter ambulanter Palliativversorgung (SAPV)

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

Hier die Patientendaten einpflegen

 Erstverordnung

 Folgeverordnung

Hier ankreuzen Erst- oder Folgeverordnung

 Unfall Unfallfolgen

Zeitraum:

Klinik: 7 Tage

Haus-/ Facharzt: 4 Wochen

Folgeverordnung: 4 Wochen

vom bis

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

Relevante Diagnosen wie z.B.: Pankreaskarzinom, ossäre Metastasen o.ä. mit ICD-Code eingeben

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

Komplexes Symptomgeschehen

 ausgeprägte Schmerzsymptomatik

Aktuelles Symptomgeschehen ankreuzen

 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. therapieresistente Schmerzen, Ruhedyspnoe / Erstickungsanfälle, nicht beherrschbares Erbrechen / Durchfälle)

Aktuelle Symptome näher beschreiben z.B. Akute Schmerzsymptomatik, Mixed-Pain, Übelkeiten o.ä.

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

Hier alle Häkchen ankreuzen

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

z.B. Beratung und Anleitung der der Patienten oder Angehörigen, Beratung bei Luftnot / Schmerzen

z.B. Koordination mit dem Hausarzt und Facharzt

Koordination aller notwendigen, welche in der palliativen Betreuung erforderlich sind

 Additiv unterstützende Teilversorgung

 Vollständige Versorgung

Nähere Angaben zu den notwendigen Maßnahmen der SAPV

z.B. palliativmedizinische Einstellung der symptomorientierten Medikation

z.B. ethisches Fallgespräch zur Therapiezieländerung

z.B. 24/7 Rufbereitschaft & Verhinderung der Krankenhauseinweisung

z.B. psychosoziale Unterstützung des Patienten und der Angehörigen

Muster

Vertragsarztstempel / Unterschrift des Arztes

Für die Erstverordnung ist die Kostenpauschale 40860, für die Folgeverordnung die Kostenpauschale 40862 berechnungsfähig.