

# Verordnung spezialisierter ambulanter Palliativversorgung (SAPV)

Krankenkasse bzw. Kostenträger		
DAK-Unternehmen Leben		17602
Name, Vorname des Versicherten		
Mustermann		geb. am
Max		01.01.50
Musterstr. 0 00000 Musterstadt		
Kassen-Nr.	Versicherten-Nr.	Status
1767997	1234567890	1000
Betriebsstätten-Nr.	Arzt-Nr.	Datum
987654321	123456789	19.05.11

Erstverordnung  Folgeverordnung

Unfall  
 Unfallfolgen

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

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

Bronchialkarzinom ( C 34.0), Knochenmetastasen (C 79.5+G), Hirnmetastasen (C79.3+G)

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

## Komplexes Symptomgeschehen

<input type="checkbox"/> ausgeprägte urogenitale Symptomatik	<input checked="" type="checkbox"/> ausgeprägte Schmerzsymptomatik	<input type="checkbox"/> ausgeprägte gastrointestinale Symptomatik
<input type="checkbox"/> ausgeprägte ulzerierende / exulzerierende Wunden oder Tumore	<input checked="" type="checkbox"/> ausgeprägte respiratorische / kardiale Symptomatik	<input type="checkbox"/> sonstiges komplexes Symptomgeschehen
	<input checked="" 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)

stärkste Schmerzen auch in Ruhe und durch psychosoziale Faktoren beeinflusst, schwer beherrschbare Luftnot mit Angstzuständen, ausgeprägte kognitive Störungen mit Persönlichkeitsveränderungen.

## Aktuelle Medikation (ggf. einschließlich BtM)

siehe beiliegenden Medikamentenplan

## Folgende Maßnahmen sind notwendig

<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)

Regelversorgung ist nicht ausreichend, Einschätzung des individuellen Hilfebedarfs von Patienten und sozialem Umfeld, Beratung zu Möglichkeiten der Schmerz- und Symptombehandlung, - der Behandlung bei Luftnot/Angst, Beratung zur Krankheitsbewältigung.

Additiv unterstützende Teilversorgung  Vollständige Versorgung

## Nähere Angaben zu den notwendigen Maßnahmen der SAPV

24-h-Rufbereitschaft m. Vorhaltung v. Bedarfsmed. zur Krisenintervention, Koordination d. palliativmed. u. pflegerischen Versorgung, engmaschige Überwachung der Medikamentenwirkung m. kontrollierter Dosisanpas., Erkennung der Ursache von Dyspnoe u. Auswahl entspr. Behandlungsmaßn., Erstellung eines Notfallplanes z. Verhind. v. KH-Einweisungen, Möglichkeit d. multiprofess. Fallbesprechung.

Vertragsarztstempel / Unterschrift des Arztes

Ausfertigung für die Krankenkasse

Für die Erstversorgung ist die Kostenpauschale 01425 für die Folgeverordnung die Kostenpauschale 01426 berechnungsfähig.

# Informationen zum Ausstellen einer SAPV-Verordnung

Auszufüllende Felder:

- **Patientenkopf mit Ausstellungsdatum** (Ausstellungsdatum darf nicht mehr als 3 Tage vom Verordnungsdatum abweichen)
- **Erst-/Folgeverordnung** ankreuzen, **Beginn der Verordnung** eintragen und die **Dauer** festlegen (Dauer von 2 Monaten wird von der KK häufig akzeptiert)
- **Verordnungsrelevante Diagnosen:** d.h. nur die in kurzer Zeit zum Tode führende Erkrankung und ihre Symptomatik ist von Bedeutung – ICD ist ausreichend
- **Komplexes Symptomengeschehen:** Bereich, dem die zur Zeit bestehenden und belastenden Symptome zugeordnet werden können, es können mehrere Symptomkomplexe angekreuzt werden
- **Nähere Beschreibung der Symptome:** genaue Beschreibung der angekreuzten Symptome
- **Folgende Maßnahmen sind notwendig,** anzukreuzen ist: Beratung, a) des behandelnden Arztes, b) der behandelnden Pflegekraft, c) des Patienten/Angehörigen, Koordination der Palliativversorgung
- **mit folgender inhaltlicher Ausrichtung:** „nur“ ein Ankreuzen der Leistungen ist nicht ausreichend, die SAPV-Maßnahmen müssen näher beschrieben werden, insbesondere die inhaltliche Ausrichtung (Gegenstand, Häufigkeit, evtl. Beratung für Sonstiges), es sollte abzuleiten sein, warum Mittel der Regelversorgung nicht ausreichen
- **Nähere Angaben zu den notwendigen Maßnahmen der SAPV:** Planung der Maßnahmen in Bezug auf die oben genannten Symptome
- **Praxisstempel und Unterschrift des Hausarztes**