

# Verordnung spezialisierter ambulanter Palliativversorgung (SAPV)

Krankenkasse bzw. Kostenträger

Name, Vorname des Versicherten

geb. am

Betriebsstätten-Nr. | Arzt-Nr. | Datum

Ausstellungsdatum

Das **Ausstellungsdatum** muss angegeben werden. Zwischen **Ausstellungsdatum** und **Verordnungsbeginn** dürfen max. **3 Werktage** liegen. Achtung: rückwirkende Datierung ist **ungültig**.

Erstverordnung  Folgeverordnung

Unfall Unfallsfolgen

Bitte ein jeweiliges Kreuz setzen, jenachdem ob Erst- oder Folgeverordnung.

Der **Verordnungszeitraum** muss korrekt angegeben werden. Formulierung wie bspw. "bis auf weiteres" sind **ungültig**. Klinikärzte können max. 7 Werktage verordnen. Hausärzte bis zu acht Wochen.

vom [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] bis [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ]

Verordnungszeitraum

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

Verordnungsrelevante Diagnosen anhand dieser Angaben muss sich ableiten lassen, dass die Erkrankung nicht heilbar und bereits weit fortgeschritten und die Lebenserwartung begrenzt ist.

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

**Komplexes Symptomgeschehen**

ausgeprägte urogenitale Symptomatik  ausgeprägte Schmerzsymptomatik  ausgeprägte gastrointestinale Symptomatik

ausgeprägte ulzerierende / exulzierende Wunden oder Tumore  ausgeprägte respiratorische / kardiale Symptomatik  ausgeprägte neurologische / psychiatrische / psychische Symptomatik  sonstiges komplexes Symptomgeschehen

Mindestens ein Kreuz (x), besser mehrere komplexe Symptomgeschehen ankreuzen.

**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)

Z.B.: Tumorschmerz, Durchbruchschmerz, Schwäche, AZ-Verschlechterung, Ödeme, Ascites, psych. Überlastung des Patienten und/oder Angehörige, aufwendige Wundversorgung, Dyspnoe

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

Aktuelle Medikation einfügen oder Medikamentenplan bitte beilegen.

**Folgende Maßnahmen sind notwendig**

Kreuzempfehlungen bitte beachten: SAPV ist immer eine Beratungs- und Koordinationsleistung.

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)

z.B.: - Anleitung der Angehörigen bei palliativpflegerischen Maßnahmen  
- Beratung Patient/Angehörige über palliativpflegerischen Maßnahmen  
- Anleitung Wundversorgung

Additiv unterstützende Teilversorgung  Vollständig Versorgung

Kreuzempfehlung

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

Beispiele:  
- 24h Rufbereitschaft  
- Krisenantizipation/Krisenintervention  
- Symptomlinderung /Schmerztherapie  
- Unterstützung Patienten und oder Angehörige im Umgang mit Sterben & Tod

Klinik- bzw. Praxisstempel und Unterschrift. Ansonsten ist die Verordnung ungültig

Vertragsarztstempel / Unterschrift des Arztes

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