



Anleitung zum Ausfüllen der SAPV-Verordnung (Muster 63)

Blatt 1

Verordnungsdauer:

- Erstverordnung durch den Klinikarzt für 7 Tage
- Erst- oder Folgeverordnung durch den niedergelassenen Arzt i.d.R. für bis zu 28 Tagen
- Jede weitere Verordnung (Folgeverordnung) bis zu 3 Monaten möglich

Verordnungsrelevante Diagnose:

mit ICD-Code

Komplexes Symptomgeschehen:

(Eines oder mehrere) nicht nur ankreuzen, sondern erläutern (Beispiel im Fall einer ausgeprägten Schmerzsymptomatik: bisher therapieresistenter neuropathischer Schmerz bei tumoröser Plexusinfiltration)

Maßnahmen für das SAPV-Team:

Alle 5 Möglichkeiten ankreuzen: Beratung/Koordination/ a) des behandelnden Arztes b) der behandelten Pflegefachkraft (wenn Pflegedienst involviert) c) des Patienten/der Angehörigen

Teil- und Vollversorgung beinhalten auch Beratung und Koordination. Bei kontinuierlichem Betreuungsbedarf durch das SAPV-Team empfehlen wir i.d.R. Vollversorgung anzukreuzen. Der Hausarzt **bleibt** in jeder Verordnungsstufe mitbeteiligt.

Erläuterungen

Zu den Maßnahmen sind notwendig (Beispiel bei Vollversorgung: Aufbau eines Versorgungsnetzes/ Symptomkontrolle/ Krisenintervention/ Notfallplanung/ Rufbereitschaft).

Rückseiten Blatt 1,2,3

Um die Unterschrift des Patienten bzw. des Bevollmächtigten (jeweils auf Blatt 1,2 und 3) kümmert sich ggf. das SAPV-Team.

Die Angaben des Leistungserbringers werden vom SAPV-Team gemacht.

Blatt 4

(Weiß) verbleibt beim verordnenden Arzt

Blatt 1,2 und 3

Bitte dem SAPV-Team bei Aufnahme aushändigen und vorab faxen. Der Antrag muss innerhalb von 3 Tagen ab Verordnungsdatum der Krankenkasse vorliegen.

Stand/Bearbeiter: A.M.	geprüft: 07.01.2019	Freigabe: A. Müller	Seite: 1
---------------------------	------------------------	------------------------	----------

Krankenkasse bzw. Kostenträger		
AOK Rheinland/Hamburg		
Name, Vorname des Versicherten		
SAPV, Sprechstundenbedarf		geb. am
Neudieringhauser Str. 64 A		01.01.2001
51645 Gummersbach		
Kassen-Nr.	Versicherten-Nr.	Status
104212505		0000000
Betriebsstätten-Nr.	Arzt-Nr.	Datum
277800900	999999900	

Verordnung spezialisierter ambulanter Palliativversorgung (SAPV)

Erstverordnung Folgeverordnung
 Unfall Unfallfolgen **Erstverordnung**
Ab der 2. Folgeverordnung für 3 Monate ausstellen
Krankenhaus: 7 Tage
Hausarzt: 28 Tage
 vom

0	1	0	4
---	---	---	---

 /

1	9
---	---

 bis

2	8	0	4
---	---	---	---

 /

1	9
---	---

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

Zutreffendes eintragen

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

Zutreffendes ankreuzen

- Komplexes Symptomgeschehen**
- | | | |
|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> ausgeprägte urogenitale Symptomatik | <input type="checkbox"/> ausgeprägte respiratorische / kardiale Symptomatik | <input type="checkbox"/> ausgeprägte gastrointestinale Symptomatik |
| <input type="checkbox"/> ausgeprägte ulzerierende / exulzierende Wunden oder Tumore | <input type="checkbox"/> ausgeprägte neurologische / psychiatrische / psychische Symptomatik | <input type="checkbox"/> 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)

Aktuelle Medikation (ggf. einschließlich BtM) _____

Hier eintragen oder Medikamentenplan beifügen

Folgende Maßnahmen sind notwendig Alle 5 Kreuze setzen

- | | | |
|--|---|--|
| <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)

Symptomkontrolle, regelmäßige Anpassung der Regel-, und Bedarfsmediaktion, 24 Std. Rufbereitschaft

- Additiv unterstützende Teilversorgung Vollständige Versorgung

Nähere Angaben zu den notwendigen Maßnahmen der SAPV

Schmerz-/ Symptomkontrolle
 24 Std. Rufbereitschaft
 regelmäßige Kontrolle der Regel-, und Bedarfsmedikation
 Krisenintervention
 psychosoziale Unterstützung des Patienten sowie der Angehörigen

Vertragsarztstempel / Unterschrift des Arztes

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

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

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

Unterschrift des Versicherten / Vertretungsberechtigten

Angaben des Leistungserbringers für die SAPV

Die verordnete spezialisierte ambulante Palliativversorgung wird für den Zeitraum vom

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

 bis

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

 erbracht.

Name des Leistungserbringers / ggf. Stempel

SAPV Oberberg GmbH

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

Neudieringhauserstr.64 a, 51645, Gummersbach

Institutionskennzeichen des Leistungserbringers

Ansprechpartner (Name)

Müller

Telefonnummer

02261-9781144

Fax-Nummer

02261-9781145

E-Mail

info@sapv-oberberg.de

Datum

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

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

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

Datum

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

Stempel / Unterschrift der Krankenkasse