

# Verordnung spezialisierter ambulanter Palliativversorgung (SAPV)

Krankenkasse bzw. Kostenträger		
Name, Vorname des Versicherten		
<b>Hier werden die Patientendaten eingetragen</b>		
Kassen-Nr.	Versicherten-Nr.	Status
Betriebsstätten-Nr.	Arzt-Nr.	Datum

 Erstverordnung       Folgeverordnung  
 Unfall Unfallsfolgen

**Hier ankreuzen:**  
Erst- oder Folgeverordnung **X**

vom         bis

**Zeitraum:**  
Haus-/Facharzt – nach Ermessen, meist vier Wochen  
Krankenhaus – 7 Tage

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

**Hier ICD-10-Code eingetragen**

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

### 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 checked="" type="checkbox"/> sonstiges komplexes Symptomgeschehen <b>X</b>

**Symptomgeschehen:**  
„sonstiges komplexes Symptomgeschehen“ ankreuzen **X**

**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 Hauptsymptome (therapierefraktäre Schmerzen, Erbrechen, Dyspnoe, Angst, Delir etc.)**

Aktuelle Medikation (ggf. einschließlich BtM)

**Aktueller Medikamentenplan (und Briefe) im Anhang als Kopie**

### Folgende Maßnahmen sind notwendig

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

**Maßnahmen:**  
Beratung und Koordination ankreuzen **X**

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

**Steigerung der Lebensqualität, BSC, Verbleib in Häuslichkeit, Symptomkontrolle in der Sterbephase**

 Additiv unterstützende Teilversorgung       Vollständige Versorgung

**Hier ankreuzen:**  
Teil- oder Vollversorgung **X**

### Nähere Angaben zu den notwendigen Maßnahmen der SAPV

**Vermeidung von nicht indizierten Notarzteinsätzen und Krankenhausaufhalten. 24 Stunden-Krisenintervention bei komplexer Symptomatik, Punktion von Aszites, Pleuraerguss**

Teil- oder Vollversorgung ist abhängig vom Versorgungsaufwand. Ihre ärztliche Tätigkeit bleibt unberührt.

**Die Verordnung ist abrechenbar.**

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

Vertragsarztstempel / Unterschrift des Arztes