

das **Ausstellungsdatum** muss angegeben werden, da sonst der fristgerechte Eingang (3. Tag nach Ausstellung) bei der Krankenkasse nicht überprüft werden kann, geht VO nicht fristgerecht ein, keine vorläufige Übernahme der Kosten für SAPV

**Verordnungszeitraum** muss korrekt angegeben werden, die Formulierung „bis auf Weiteres“ kann nicht akzeptiert werden, da als Anspruchsvoraussetzung für die SAPV die Lebenserwartung auf Tage, Wochen, Monate begrenzt sein muss, muss sich dies im Verordnungszeitraum ausdrücken

01.04.2009

geb. am

Kassen-Nr. Versicherten-Nr. Status

Betriebsstätten-Nr. Arzt-Nr. Datum

**Verordnung spezialisierter ambulanter Palliativversorgung (SAPV)**

Erstverordnung  Folgeverordnung

Unfall Unfallfolgen

vom | | | | | | | | | | bis | | | | | | | | | |

**Komplexes Symptomgeschehen**, in mind. einem der angegebenen Bereiche muss ein komplexes Symptomgeschehen vorliegen, „nur“ ein Ankreuzen des Symptomgeschehen ist nicht ausreichend  
**Beispiel:** Schmerzen bis Stufe 10 auf Skala, v.a. auch bei der Nahrungsaufnahme, sowie Durchbruchschmerzen, mehrfach Probleme bei Pflasterwechsel, Rezidivierende Obstipation mit Notwendigkeit zur rektalen Ausräumung,

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

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

**Aufgrund der verordnungsrelevanten Diagnose** und den näheren Angaben muss sich ableiten lassen, dass die Erkrankung nicht heilbar und bereits weit fortgeschritten ist, so dass die Lebenserwartung begrenzt ist, anstelle eines kurativen Ansatzes muss die medizinisch-pflegerische Zielsetzung der Palliativversorgung **im Vordergrund** stehen!  
**Beispiel:** C16.0, C78.7, C78.6  
**Mit Stent versorgtes Kardiakarzinom, Gefahr des mediastinalen Durchbruchs, Met. in Leber und Peritoneum metastasiert. Keine kurative Therapie mehr möglich**

ausgeprägtes Symptomgeschehen

ausgeprägte urogenitale Symptomatik

ausgeprägte respiratorische / kardiale Symptomatik

ausgeprägtes Symptomgeschehen

ausgeprägte neurologische / psychiatrische / psychische Symptomatik

ausgeprägte ulzerierende / blutige Wunden oder Tumore

Symptomgeschehen

Beschreibung des komplexen Symptomgeschehens und des besonderen Versorgungsbedarfs zur Begründung, spezialisierte ambulante Palliativversorgung notwendig ist (z. B. therapierefraktäre Schmerzen, Ruhedyspnoe / Erstickungsanfälle, nicht beherrschbares Erbrechen / Durchfälle)

Aktuelle Medikation (ggf. einschließlich BtM)

**Die aktuelle Medikation muss leserlich angegeben werden.**  
**Beispiel:** Durogesicpflaster 100yg transd. Sevredol 10 mg bei Bedarf Lactulose 3 mal 10ml

**SAPV Maßnahmen:**  
 „nur“ ein Ankreuzen der Leistungen ist nicht ausreichend, die SAPV Maßnahmen müssen näher beschrieben werden, insbesondere die inhaltliche Ausrichtung (Gegenstand, Häufigkeit, evtl. Beratung für Sonstige)  
 es sollte abzuleiten sein, warum die Mittel der Regelversorgung nicht ausreichen!  
**Beispiel:** Beratung: des Behandlers hinsichtlich langfristiger Schmerzmittelmedikation sowie der Angehörigen bzgl. Umgang mit der Situation und den klinischen Problemen, Koordination: Erstellen / Abstimmen Notfallplan mit Angehörigen, Hausarzt Pflegedienst, Rufdienst für Kriseninterventionen (Durchbruchschmerzen) spezif. Umgang mit BTM-Medikation

a. des behandelnden Arztes

b. der behandelnden Pflegefachkraft

c. des Patienten / der Angehörigen

Koordination der Palliativversorgung

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

Vollständige Versorgung

notwendigen Maßnahmen der SAPV

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Vertragsarztstempel / Unterschrift des Arztes

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

**Verordnungen, die nicht gemäß** der 25. Änderung der Vereinbarung über Vordrucke für die vertragsärztliche Versorgung vom 1. April 1995 zwischen der Kassenärztlichen Bundesvereinigung, einerseits und dem GKV Spitzenverband andererseits **ausgefüllt sind, können nicht vergütet werden**

## 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

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

Institutionskennzeichen des Leistungserbringers

Ansprechpartner (Name)

Telefonnummer

Fax-Nummer

E-Mail

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

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

6. Korrektur 01.04.2009

Stempel / Unterschrift der Krankenkasse