

**Ausfüllhilfe für die Verordnung für die
Spezialisierte ambulante Palliativversorgung (Muster 63)**
nach den Vorgaben der gesetzlichen und privaten Krankenkassen

- **Patientenkopf:**
Alle Angaben müssen ausgefüllt werden, insbesondere die Krankenkassendaten
- **Erstverordnung:**
muss angekreuzt werden
- **Zeitraum:**
Hausärzte bzw. -ärztinnen und Fachärzte bzw. -ärztinnen dürfen bis zu drei Monate ausstellen
Krankenhausärzte bzw. -ärztinnen dürfen bis zu einschließlich 7 Tage ausstellen
- **A: Verordnungsrelevante Diagnosen:** in Wörtern ausgeschrieben und mit ICD-10-Code angegeben
- **B: Komplexes Symptomgeschehen:** mindestens ein Kreuz muss gesetzt sein
- **C: Nähere Beschreibung:** Symptomatik muss genauer erläutert werden, wie z.B. Schmerzen, Atemnot, Übelkeit, Ängste etc.
- **D: Aktuelle Medikation:** Die wichtigsten Medikamente müssen aufgelistet werden, ein Medikationsplan reicht leider nicht aus
- **E: Folgende Maßnahmen sind notwendig:**
 1. Alle Kreuze müssen bei der **Beratung** gesetzt werden (Beratung a-c)
 2. Mit folgender inhaltlicher Ausrichtung: „*Beherrschung von Akutsituationen*“ „04a+04b“ angeben, wenn der Patient/die Patientin in der Häuslichkeit versorgt werden soll, „05“ angeben, wenn der Patient/die Patientin im Hospiz versorgt werden soll
 3. **Koordination** der Palliativversorgung muss ebenfalls angekreuzt werden
 4. Additiv unterstützende Teilversorgung ankreuzen, wenn der Patient/die Patientin im Hospiz versorgt werden soll
 5. Vollständige Versorgung ankreuzen, wenn der Patient/die Patientin in einer Pflegeeinrichtung, oder in der Häuslichkeit versorgt werden soll
- **F: Nähere Angaben zu den notwendigen Maßnahmen der SAPV:**
Text bei Versorgung in der **Häuslichkeit** oder in der **Pflegeeinrichtung:**
„*Multiprofessionelle palliative Versorgung, multimodale Schmerztherapie, Symptomkontrolle, psychosoziale Betreuung und Führung der pflegenden Angehörigen, Sterbebegleitung*“
Text bei Versorgung im **Hospiz:**
„*Multiprofessionelle palliative ärztliche Teilversorgung im Hospiz, Symptomkontrollen, psychosoziale Betreuung und Sterbebegleitung*“
- Rechts unten bitte den **Stempel** setzen und zusätzlich **unterschreiben**
Bei weiteren Fragen zum Ausfüllen des Formulars melden Sie sich gerne bei uns!

Verordnung spezialisierter ambulanter Palliativversorgung (SAPV)

Krankenkasse bzw. Kostenträger		
Name, Vorname des Versicherten		
		geb. am
Kassen-Nr.	Versicherten-Nr.	Status
Betriebsstätten-Nr.	Arzt-Nr.	Datum

Erstverordnung Folgeverordnung

Unfall
Unfallfolgen

vom bis

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

A _____

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

- B Komplexes Symptomgeschehen**
- | | | |
|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> ausgeprägte urogenitale Symptomatik | <input type="checkbox"/> ausgeprägte Schmerzsymptomatik | <input type="checkbox"/> ausgeprägte gastrointestinale Symptomatik |
| <input type="checkbox"/> ausgeprägte ulzerierende / exulzerierende Wunden oder Tumore | <input type="checkbox"/> ausgeprägte respiratorische / kardiale Symptomatik | <input type="checkbox"/> ausgeprägtes neurologische / psychiatrische / psychische Symptomatik |
| <input type="checkbox"/> ausgeprägte ulzerierende / exulzerierende Wunden oder Tumore | <input type="checkbox"/> ausgeprägtes neurologische / psychiatrische / psychische Symptomatik | <input type="checkbox"/> sonstiges komplexes Symptomgeschehen |

C 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)

D Aktuelle Medikation (ggf. einschließlich BtM) _____

Folgende Maßnahmen sind notwendig

- E** Beratung **1** a. des behandelnden Arztes **3** Koordination der Palliativversorgung
- b. der behandelnden Pflegefachkraft
- c. des Patienten / der Angehörigen

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

2 _____

- 4** Additiv unterstützende Teilversorgung **5** Vollständige Versorgung

Nähere Angaben zu den notwendigen Maßnahmen der SAPV

F _____

Vertragsarztstempel / Unterschrift des Arztes

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