

Krankenkasse bzw. Kostenträger Musterkasse		
Name, Vorname des Versicherten Mustermann, Maxi		
Musterstr. 11	geb. am	01.01.1900
12345 Musterstadt		
Kassen-Nr.	Versicherten-Nr.	Status
123456789	A123456789	5000000
Betriebsstätten-Nr.	Arzt-Nr.	Datum
		01.04.25

Verordnung spezialisierter ambulanter Palliativversorgung (SAPV)

Erstverordnung
 Folgeverordnung

Unfall Unfallfolgen

vom _____ bis _____

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

Hier bitte Diagnosen eintragen

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

Komplexes Symptomgeschehen

<input checked="" type="checkbox"/> ausgeprägte Schmerzsymptomatik	<input checked="" type="checkbox"/> ausgeprägte respiratorische / kardiale Symptomatik	<input checked="" type="checkbox"/> ausgeprägte gastrointestinale Symptomatik
<input type="checkbox"/> ausgeprägte urogenitale Symptomatik	<input type="checkbox"/> ausgeprägte neurologische / psychiatrische / psychische Symptomatik	<input checked="" type="checkbox"/> sonstiges komplexes Symptomgeschehen
<input type="checkbox"/> ausgeprägte ulzerierende / exulzierende Wunden oder Tumore		

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)

Hier bitte Symptome wie Schmerzen, Dyspnoe, Übelkeit/Erbrechen oder ähnliches eintragen

Aktuelle Medikation (ggf. einschließlich BtM)

Regelmedikation:

Bedarfsmedikation:

Folgende Maßnahmen sind notwendig

<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)

Beherrschung von Akutsituationen

Additiv unterstützende Teilversorgung
 Vollständige Versorgung

Nähere Angaben zu den notwendigen Maßnahmen der SAPV

Multiprofessionelle palliative Versorgung, multimodale Schmerztherapie, Symptomkontrolle, psychosoziale Betreuung und Führung der pflegenden Angehörigen, Sterbebegleitung

Bitte Stempel und Unterschrift

Vertragsarztstempel / Unterschrift des Arztes

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