

Name, Vorname des Versicherten

geb. am

☐ Erst-
verordnung

☐ Folge-
verordnung

Kassen-Nr.

Versicherten-Nr.

Status

☐ Unfall
Unfallfolgen

Betriebsstätten-Nr.

Arzt-Nr.

Datum

vom

bis

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

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

Komplexes Symptomgeschehen

- | | | |
|--|---|--|
| ☐ ausgeprägte urogenitale Symptomatik | ☐ ausgeprägte Schmerzsymptomatik | ☐ ausgeprägte gastrointestinale Symptomatik |
| ☐ ausgeprägte ulzerierende / exulzierende Wunden oder Tumore | ☐ ausgeprägte respiratorische / kardiale Symptomatik | ☐ sonstiges komplexes Symptomgeschehen |
| ☐ ausgeprägte neurologische / psychiatrische / psychische Symptomatik | | |

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)

Folgende Maßnahmen sind notwendig

- | | | |
|-----------------------------------|--|---|
| ☐ Beratung | ☐ a. des behandelnden Arztes | ☐ Koordination der Palliativversorgung |
| | ☐ b. der behandelnden Pflegefachkraft | |
| | ☐ c. des Patienten / der Angehörigen | |

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

☐ Additiv unterstützende Teilversorgung

☐ Vollständige Versorgung

Nähere Angaben zu den notwendigen Maßnahmen der SAPV

Ohne Stempel +
Unterschrift ist das
Dokument nicht gültig.

Vertragsarztstempel / Unterschrift des Arztes

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

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

Stempel / Unterschrift der Krankenkasse