

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

**Anlage 4a**  
zur Vereinbarung zur Umsetzung der ambulanten palliativmedizinischen Versorgung von unheilbar erkrankten Patienten im häuslichen Umfeld

**SAPV-Vollversorgung nach Anlage 6 Ziffer 7**

- Anzeige  
 Verlängerungsantrag

**Datum der Einschreibung:**

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
T	T	M	M	J	J	J	J

**Wichtig:**

Diese Anlage unverzüglich an die KVWL faxen:  
Telefax-Nr.: 0231 9432-83240

**Datum des Beginns der Vollversorgung:**

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
T	T	M	M	J	J	J	J

**Datum der Beendigung Vollversorgung:**

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
T	T	M	M	J	J	J	J

(Die Abrechnung der SNR 91516/91517 ist auf 28 Tage/4 Wochen begrenzt)

**Spezieller Versorgungsbedarf besteht in Bezug auf:**

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Psychosoziale/seelsorgliche Unterstützung                  | <input type="checkbox"/> Versorgung von Kathetern und Drainagen                |
| <input type="checkbox"/> Überwachung von Schmerztherapie nach (WHO- Schema)         | <input type="checkbox"/> Versorgung von (Tracheo-, Uro-, Ileo-, Kolo-) Stomata |
| <input type="checkbox"/> s.c.- oder i.v.- Flüssigkeitssubstitution                  | <input type="checkbox"/> Krisenintervention/Symptomkontrolle                   |
| <input type="checkbox"/> s.c.- oder i.v.- Infusionen mit Medikamenten               | <input type="checkbox"/> Spezielle Wundversorgung                              |
| <input type="checkbox"/> Versorgung von Port- bzw. Pumpensystemen                   | <input type="checkbox"/> Enterale Ernährung (PEG)                              |
| <input type="checkbox"/> Wundversorgung (Dekubitus, exulcerierende Tumore, Fisteln) | <input type="checkbox"/> Parenterale Ernährung                                 |

**Nur im Fall eines Verlängerungsantrags:**

**Bislang erbrachte Vollversorgung – Angabe des Zeitraums/der Zeiträume**

Die Vollversorgung kann intermittierend oder durchgängig erbracht werden; eine intermittierende Leistungserbringung ist nicht gegeben, wenn die Vollversorgung an Einzeltagen mit zeitlichen Unterbrechungen (gesplittet) erbracht wird.

**Zeitraum/-räume aufführen:**

---



---



---

**Gesamtzahl der erbrachten Tage der Vollversorgung:**

**Begründung zur weiteren Notwendigkeit der Vollversorgung**

---



---



---

**Voraussichtliche weitere Dauer:** bis 

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
T	T	M	M	J	J	J	J

 (max. 28 Tage / 4 Wochen)

**Zuständiger PKD:** \_\_\_\_\_ **BSNR:** \_\_\_\_\_