

Krankenkasse bzw. Kostenträger		
Name, Vorname des Versicherten		
<b>WICHTIG:</b> <span style="float: right;">geb. am</span> Das Muster 63 bitte vorab per Fax an den zuständigen PKD übermitteln!		
Kostenträgerkennung	Versicherten-Nr.	Status
Betriebsstätten-Nr.	Arzt-Nr.	Datum

## Verordnung spezialisierter ambulanter Palliativversorgung (SAPV)

- Erstverordnung       Folgeverordnung  
 Unfall Unfallsfolgen

Bitte Erst- oder Folgeverordnung ankreuzen sowie die Verordnungsdauer angeben.

vom         bis

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

Bitte die ordnungsrelevante(n) Diagnose(n) im Bezug zur Palliativsituation und ihre damit verbundenen Nebenerkrankungen angeben.

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

### Komplexes Symptomgeschehen

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

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)

Es ist mindestens eines der Kriterienfelder zu kennzeichnen und anzugeben, warum ein besonderer Versorgungsbedarf besteht. Das komplexe Symptomgeschehen und die nähere Beschreibung müssen im Bezug zu einander stehen.

Aktuelle Medikation (ggf. einschließlich BtM)

Medikamente / Dosierung / Applikationsart sowie Bedarfsmedikation und BtM - ggf. Medikationsplan beifügen.

### Folgende Maßnahmen sind notwendig

- |                                   |  |   |
|-----------------------------------|--|---|
| <input type="checkbox"/> Beratung | <input type="checkbox"/> a. des behandelnden Arztes          | <input type="checkbox"/> Koordination der Palliativversorgung |
|                                   | <input type="checkbox"/> b. der behandelnden Pflegefachkraft |   |
|                                   | <input type="checkbox"/> c. des Patienten / der Angehörigen  |   |

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

In Westfalen-Lippe ist das Muster 63 ausschließlich bei vollständiger Versorgung (Vollversorgung) durch den PKD auszustellen. Die weiteren Maßnahmen sind bereits Bestandteil der PKD-Leistungen und somit NICHT anzukreuzen.

- Additiv unterstützende Teilversorgung       Vollständige Versorgung

### Nähere Angaben zu den notwendigen Maßnahmen der SAPV

Bitte nähere Angaben zur erforderlichen Vollversorgung machen.

Bitte "Westfalen-Lippe" ergänzend angeben.

SAPV-WL

**Verbindliches Muster**

Vertragsarztstempel / Unterschrift des Arztes  
Ausfertigung für die Krankenkasse

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

## 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.

Kann die Unterschrift des Versicherten, Bevollmächtigten, gesetzlichen Vertreters bzw. Ehe-/Lebenspartner nicht bzw. nicht fristgerecht erbracht werden, lassen Sie das Unterschriftenfeld frei.

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

Freigabe 01.09.2014

Verbindliches Muster

Stempel / Unterschrift der Krankenkasse