

SAPV Ausfüllhilfe „Verordnung 63“

Hinweis: Fehlende oder falsche Angaben führen zur Ablehnung der Kostenübernahme durch die Krankenkassen.

1. Ausstellungsdatum	Tagesaktuelles Datum (nicht älter als drei Tage)
1. Erst- oder Folgeverordnung	Ankreuzen ob es sich um eine Erst- oder Folgeverordnung handelt.
2. Datum „vom“ „bis“	Einen, je nach Leistung, passenden Verordnungszeitraum eintragen. <ul style="list-style-type: none"> ■ Beratung bis zu 7 Tage ■ Koordination 7 bis 14 Tage ■ Teilversorgung durch Haus-oder Facharzt bis 28 Tage ■ Teilversorgung durch ein Krankenhaus für maximal 7 Tage
3. Verordnungsrelevante Diagnosen eintragen	<ul style="list-style-type: none"> ■ Beschränkung auf verordnungsrelevante Diagnosen in Bezug zur Palliativsituation und der lebensbegrenzenden Erkrankung, ■ Die in kurzer Zeit zum Tod führende Erkrankung und ihre Symptomatik ist von Bedeutung ■ Bei Tumorerkrankung Angabe der Lokalisation aller Metastasen
4. Komplexes Symptomgeschehen	Das komplexe Symptomgeschehen und die nähere Beschreibung müssen im Bezug zu einander stehen, um eine Plausibilität herzustellen. <ul style="list-style-type: none"> ■ Es ist mindestens eines der Kriterienfelder anzukreuzen ■ Unbedingt angeben, warum ein besonderer Versorgungsbedarf besteht.
5. Aktuelle Medikation	Angabe aller aktuellen Medikamente incl. BTM mit Dosierung, Applikationsart und Zeitschema, alternativ kann ein Medikamentenplan separat beigelegt werden.
6. Folgende Maßnahmen sind notwendig – BITTE ANKREUZEN!	<input type="checkbox"/> Beratung <input type="checkbox"/> Koordination <input type="checkbox"/> Additiv unterstützende Teilversorgung (vollständige Versorgung bitte nicht ankreuzen, diese gibt es nicht in Bayern)
7. Nähere Angaben zu den notwendigen Maßnahmen der SAPV	Bitte unbedingt beschreiben warum (ärztliche und/oder pflegerische) eine additive Teilversorgung notwendig ist, dies kann z.B. sein: <ul style="list-style-type: none"> ■ kontrollierte Dosisanpassung unter engmaschiger Überwachung und Überprüfung der Medikamentenwirkung ■ Anwendung einer speziellen medikamentösen Kombinationstherapie, Medikamentenpumpe ■ Krisenintervention und vorausschauende Planung für Notfälle ■ Vermeidung von Krankenhausaufenthalten
8. Stempel und Unterschrift des Arztes	Bitte nicht vergessen!
9. Rückseite der Verordnung	Ist für Sie als verordnender Arzt nicht relevant. Diese füllt die SAPV Südfranken eG aus.

- ❖ Die ordnungsgemäß ausgefüllte Verordnung faxen Sie bitte an:
SAPV Südfranken eG – FAX 09144 9277811.
- ❖ Das Original der Verordnung geben Sie bitte dem Patienten oder dem Angehörigen mit.

Krankenkasse bzw. Kostenträger

Name, Vorname des Versicherten

geb. am

Kostenträgerkennung Versicherten-Nr. Status

Datum

Verordnung spezialisierter ambulanter Palliativversorgung (SAPV) 63

Erstverordnung Folgeverordnung

Unfall Unfallfolgen

2. Unbedingt ankreuzen ob es sich um eine Erst- oder Folgeverordnung handelt.

1. Ausstellungsdatum
darf nicht älter als drei Tage sein!

3. Verordnungszeitraum
„Vom / Bis“ Datum muss ausgefüllt sein.
Bei Teilversorgung bis 28 Tage

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

4. Entsprechende Diagnosen eintragen!

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 gastrointestinale Symptomatik
<input type="checkbox"/> ausgeprägte ulzerierende / exulzerierende Wunden oder Tumore	<input type="checkbox"/> ausgeprägte respiratorische / kardiale Symptomatik	<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)

5. Komplexes Symptomgeschehen (s.o.):
Entsprechende Felder oben ankreuzen und hier ausführlich beschreiben.

Aktuelle Medikation (ggf. einschließlich BtM)

6. Medikationsplan
z. B. Siehe Mediplan

Folgende Maßnahmen sind notwendig

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

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

7. Folgende Maßnahmen sind notwendig (s.o.)
Bitte unbedingt ankreuzen ob Beratung und / oder Koordination notwendig!
Ganz wichtig ist entsprechender Text dazu!

Additiv unterstützende Teilversorgung Vollständige Versorgung

Nähere Angaben zu den notwendigen Maßnahmen der SAPV

8. Nähere Angaben zu den notwendigen Maßnahmen
Bitte unbedingt ankreuzen ob Teilversorgung notwendig!
Ganz wichtig ist auch hier - entsprechender Text dazu!
Bei Teilversorgung kann dies z.B. sein

- Krisenintervention bei z.B. Dyspnoe, Schmerzen usw.
- Vermeidung von Krankenhausaufenthalten
- Medikamentenanpassung unter engmaschiger Kontrolle

9. Stempel UND Unterschrift des Arztes.

Vertragsarztstempel / Unterschrift des Arztes
Ausfertigung für die Krankenkasse

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

Muster 63a (10.2014)

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

T	T	M	M	J	J
---	---	---	---	---	---

Unterschrift des Versicherten / Vertretungsberechtigten

Angaben des Leistungserbringers für die SAPV

Die verordnete spezialisierte ambulante Palliativversorgung wird für den Zeitraum vom

T	T	M	M	J	J
---	---	---	---	---	---

 bis

T	T	M	M	J	J
---	---	---	---	---	---

 erbracht.

Name des Leistungserbringers / ggf. Stempel

Anschrift (Straße, Hausnummer, PLZ, Wohnort) / ggf. Stempel

Institutionskennzeichen des Leistungserbringers

Diese Seite ist für Sie - als verordnender Arzt - nicht relevant!

E-Mail

Datum

T	T	M	M	J	J
---	---	---	---	---	---

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

T	T	M	M	J	J	J	J
---	---	---	---	---	---	---	---

Datum

T	T	M	M	J	J
---	---	---	---	---	---

Stempel / Unterschrift der Krankenkasse