

Kurzanleitung zur Verordnung von SAPV (Spezialisierte Ambulante Palliativversorgung)

Sehr geehrte Frau Kollegin, sehr geehrter Herr Kollege,
unser SAPV-Team möchte Sie gerne in der Begleitung unheilbar kranker und sterbender Menschen unterstützen.

Folgende Angaben bzw. Unterlagen sind bei der Anmeldung Ihres Patienten besonders wichtig:

1. Voraussetzung für SAPV

- ✓ Ihr Einverständnis als Haus- bzw. Facharzt
- ✓ Einverständnis des Patienten
- ✓ Vorliegen einer nicht heilbaren, fortschreitenden und so weit fortgeschrittenen Erkrankung, dass dadurch die Lebenserwartung begrenzt ist



2. Wichtige Informationen bei Anmeldung:

- ✓ Letzter Arztbrief / Entlassbrief
- ✓ Hauptdiagnose und relevante Nebendiagnosen
- ✓ Aktuelle Problematik

- ✓ **SAPV Verordnung - Muster 63**
=> bestellbar beim Kohlhammer Verlag Tel. 0711-78637281
=> abrechenbar EV 01425, FV 01426



Ausfüllhilfe siehe Rückseite



Um die Leistung erbringen zu können, fordern die Krankenkassen den Eingang Ihrer Verordnung binnen 3 Tage ab Ausstellungsdatum. Bitte faxen Sie uns deshalb die Verordnung (Vorder- und Rückseite) vorab zu und senden uns die Seiten 1-3 an unseren Stützpunkt im Landkreis.
(Seite 4 verbleibt bei Ihnen in der Patientenakte – weißer Durchschlag)

3. Unsere Stützpunkte in den Landkreisen:



Landkreis DEG	Landkreis REG	Landkreis FRG	Landkreis DGF
PalliDONIS gGmbH Stützpunkt Deggendorf	PalliDONIS gGmbH Stützpunkt Regen	PalliDONIS gGmbH Stützpunkt Deggendorf	PalliDONIS gGmbH Stützpunkt Deggendorf
Otto-Denk-Str. 25 94469 Deggendorf Telefon: 0991 / 280 93630 Telefax: 0991 / 280 93639	Am Sand 3 94209 Regen Telefon: 09921 / 9714 300 Telefax: 09921 / 9714 302	Otto-Denk-Str. 25 94469 Deggendorf Telefon: 0991 / 280 93638 Telefax: 0991 / 280 93639	Otto-Denk-Str. 25 94469 Deggendorf Telefon: 0991 / 280 93630 Telefax: 0991 / 280 93639

Sie bleiben selbstverständlich der Haus- bzw. Klinikarzt für Ihren Patienten und für uns ein wichtiger Partner. Daran soll sich nichts ändern!

Ausfüllhilfe zur Verordnung Spezialisierte Ambulante Palliativversorgung, Muster 63

- Druck** der Patientenstammdaten
• einschließlich Ihrer Arzt- und BSNR

- Erst- oder Folgeverordnung** ankreuzen

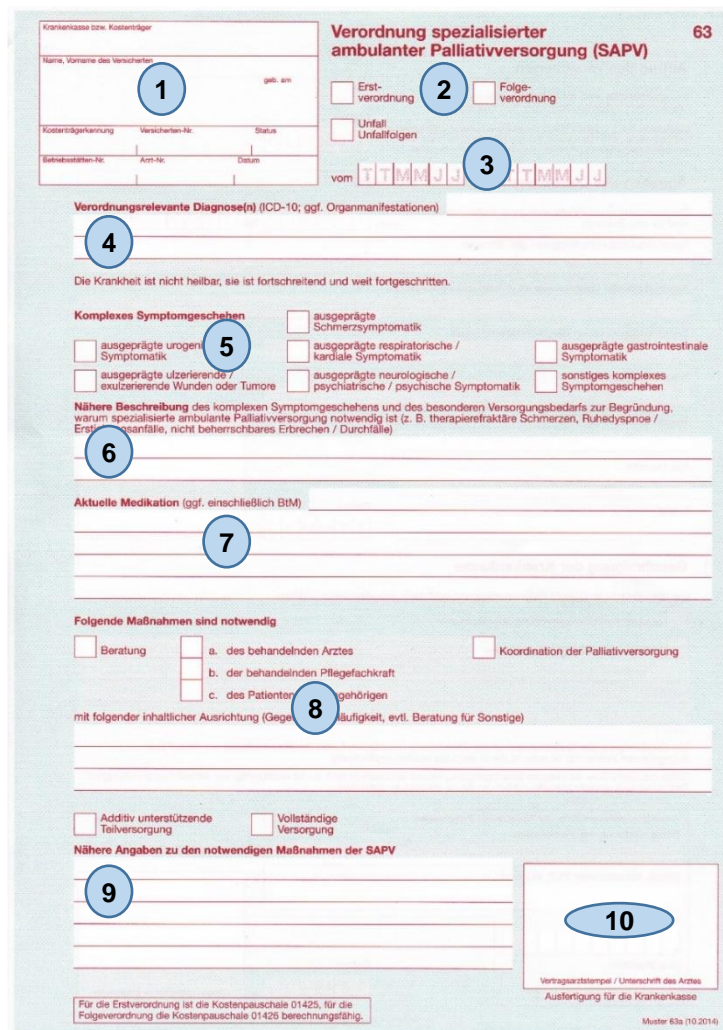
- Verordnungsdauer** je nach Maßnahme
• Klinikarzt: 7 Tage (nicht länger erlaubt!)
• Vertragsarzt: Erst- oder Folgeverordnung in der Regel 28 Tage

- Verordnungsrelevante Diagnosen**
• mit ICD-10-Code angeben
• bei Tumorerkrankungen die Lokalisation der Metastasen

- Mindestens 1** erfülltes Symptom ankreuzen

- Komplexes Symptomgeschehen**
• unbedingt zusätzlich erläutern, z.B.:
ausgeprägte Schmerzsymptomatik, massive Atemnot, therapieresistentes Erbrechen, Progress der Metastasierung / Erkrankung, überwachungspflichtige Unruhezustände / delirantes Syndrom, häufige Angst / Panikattacken, exulzierierende Wunden, Blutungsgefahr, psychiatrische Krisensituation, ethische Konfliktsituation, besondere Überforderung der Angehörigen oder sozialrechtliche Probleme

- Aktuelle Medikation** inkl. BTM mit Dosierung und Zeitschema angeben



Krankenklasse bzw. Kostenkürzender
Name, Vorname des Versicherten
geb. am
Kostenrückzahlung Versicherten-Nr. Status
Behinderungsgrad Art-Nr. Datum

Verordnung spezialisierter ambulanten Palliativversorgung (SAPV) 63

☐ Erstverordnung ☐ Folgeverordnung
☐ Unfall ☐ Unfallfolgen
vom TT MM JJ

Verordnungsrelevante Diagnose(n) (ICD-10; ggf. Organmanifestationen)
Die Krankheit ist nicht heilbar, sie ist fortschreitend und weit fortgeschritten.

Komplexes Symptomgeschehen
☐ ausgeprägte urogenitale Symptomatik
☐ ausgeprägte ulzerierende / exulzierierende Wunden oder Tumore
☐ ausgeprägte Schmerzsymptomatik
☐ ausgeprägte respiratorische / kardiale Symptomatik
☐ ausgeprägte gastrointestinale Symptomatik
☐ ausgeprägte neurologische / psychiatrische Symptomatik
☐ sonstiges komplexes Symptomgeschehen

Nähere Beschreibung des komplexen Symptomgeschehens und des besonderen Versorgungsbedarfs zur Begründung, warum spezialisierte ambulante Palliativversorgung notwendig ist (z. B. therapieresistente Schmerzen, Ruhelosigkeit / Erbrechen, nicht beherrschbares Erbrechen / Durchfälle)

Aktuelle Medikation (ggf. einschließlich BTM)

Folgende Maßnahmen sind notwendig
☐ Beratung
☐ a. des behandelnden Arztes
☐ b. der behandelnden Pflegefachkraft
☐ c. des Patienten / Angehörigen
☐ Koordination der Palliativversorgung
mit folgender inhaltlicher Ausrichtung (Gelegenheit, evtl. Beratung für Sonstige)

☐ Additiv unterstützende Teilversorgung ☐ Vollständige Versorgung

Nähere Angaben zu den notwendigen Maßnahmen der SAPV

Vertragsarztstempel / Unterschrift des Arztes
Ausfertigung für die Krankenkasse
Muster 63a (10/2014)

- Bitte eine der 4 Maßnahmen ankreuzen:

Beratung:

- Dauer der Verordnung 7 Tage
- Persönliches Beratungsgespräch mit Patient, Angehörigen, behandelnder Pflegefachkraft oder Arzt

Koordination:

- Dauer der Verordnung 14 Tage
- Einschätzung des individuellen Hilfebedarfs und Aufbau eines Netzwerkes

Additiv unterstützende Teilversorgung:

- Dauer der Verordnung bis zu 3 Monate, Folgeverordnung möglich
- Beinhaltet Beratung und Koordination
- 24 h-Rufbereitschaft und Krisenintervention
- Regelmäßige Hausbesuche, engmaschige medizinische und pflegerische Begleitung
- Rezeptierung von Arznei-, Heil- und Hilfsmittel möglich

- Nähere Angaben zu den Maßnahmen** der SAPV in Bezug auf o.g. Symptome

- Unterschrift und Stempel** des verordnenden Arztes auf jedem Durchschlag

- weißer Durchschlag verbleibt in der Patientenakte bei Hausarzt / Klinik

- Unterschrift Patient / Bevollmächtigter** auf der Rückseite