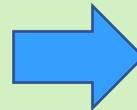


Sehr geehrte Frau Kollegin, sehr geehrter Herr Kollege,  
unser SAPV-Team möchte Sie gerne in der Begleitung unheilbar kranker und sterbender Menschen unterstützen.

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

**1. Voraussetzung für SAPV**

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



**2. Wichtige Informationen bei der Anmeldung:**

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

- ✓ **SAPV Verordnung – Muster 63**
    - Bestellbar bei Kohlhammer Verlag Tel. 0711 – 78637281
    - Für diese Erstverordnung erhalten Sie 25 € (EBM 01425)
    - Für die Folgeverordnung jeweils 15 € (EBM 01426)
- ➔ Ausfüllhilfe siehe Rückseite



Um diese Leistung erbringen zu können, fordern die Krankenkassen den Eingang Ihrer Verordnung binnen 3 Tagen ab Ausstellungsdatum. Bitte faxen Sie uns deshalb die Verordnung (Vorder- und Rückseite) vorab zu und senden uns die Seiten 1-3 an unseren Stützpunkt.

(Seite 4 verbleibt bei Ihnen in der Patientenakte – weißer Durchschlag)

**2. Stützpunkt SAPV Heidenheim**



SAPV Heidenheim  
Schlosshastraße 100  
89522 Heidenheim  
Telefon: 07321 / 33 – 2504  
Mail: [sapv@kliniken-heidenheim.de](mailto:sapv@kliniken-heidenheim.de)

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

# Ausfüllhilfe zur Verordnung Spezialisierte Ambulante Palliativversorgung

## Muster 63

**1. Druck** der Patientenstammdaten einschließlich Ihrer Arzt- und BSNR

**2. Erst- oder Folgeverordnung** ankreuzen

**3. Verordnungsdauer** je nach Maßnahme  
 - Klinikarzt 7 Tage  
 - Vertragsarzt Erst- oder Folgeverordnung in der Regel 28 Tage

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

**5. Mindestens 1** erfülltes Symptom ankreuzen

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

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

**Verordnung spezialisierter ambulanter Palliativversorgung (SAPV)** 63

Krankenkasse bzw. Kostenträger

Name, Vorname des Versicherten  geb. am

**1**

Kassen-Nr.  Versicherten-Nr.  Status

Betriebsstätten-Nr.  Arzt-Nr.  Datum

Erstverordnung **2**  Folgeverordnung

Unfall  Unfallfolgen

vom         bis

**3**

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

**4**

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

**Komplexes Symptomgeschehen**

ausgeprägte urogenitale Symptomatik  ausgeprägte Schmerzsymptomatik

ausgeprägte respiratorische / kardiale Symptomatik  ausgeprägte gastrointestinale Symptomatik

ausgeprägte ulzerierende / exulzierende Wunden oder Tumore  ausgeprägte neurologische / psychiatrische / psychische Symptomatik  sonstiges komplexes Symptomgeschehen

**5**

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

**6**

**Aktuelle Medikation** (ggf. einschließlich BTM)

**7**

**Folgende Maßnahmen sind notwendig**

Beratung  a. des behandelnden Arztes  Koordination der Palliativversorgung **8**

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**

**9**

**10**

Vertragsarztstempel / Unterschrift des Arztes  
Ausfertigung für die Krankenkasse

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

Muster 63a (4.2011)

**8. Bitte eine der 4 Maßnahmen** ankreuzen:  
**Beratung:**

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

**Koordination:**

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

**Additiv unterstützende Teilversorgung oder Vollständige Versorgung:**

- Dauer der Verordnung 7 bzw. 28 Tage, Folgeverordnung möglich
- Beinhaltet Beratung und Koordination
- 24h Rufbereitschaft und Krisenintervention
- Regelmäßige Hausbesuche und pflegerische Begleitung
- Rezeptierung von Arznei-, Heil- und Hilfsmitteln möglich

Bei der additiven Teilversorgung werden die Maßnahmen der SAPV zur bestehenden hausärztlichen Patientenbetreuung erbracht. Wichtig ist dabei ein gelingender Austausch über die aktuelle Patientensituation und die geplanten Maßnahmen.

**9. Nähere Angaben zu den Maßnahmen** der SAPV unter Bezug auf o.g. Symptome

**10. Unterschrift und Stempel** des verordnenden Arztes auf jedem Durchschlag  
 - weißer Durchschlag verbleibt in der Patientenakte beim Hausarzt oder in der Klinik

**11. Unterschrift Patient / Bevollmächtigter** auf der Rückseite