

AUSFÜLLHILFE MUSTER 63

Krankenkasse bzw. Kostenträger		Verordnung spezialisierter ambulanter Palliativversorgung (SAPV) 63	
Name, Vorname des Versicherten		geb. am	
Kostenträgerkennung	Versicherten-Nr.	Status	
Betriebsstätten	Arzt-Nr.	Datum	

1a ☐ Erstverordnung **1** ☐ Folgeverordnung

☐ Unfall ☐ Unfallfolgen

vom **1c** bis

1b

Verordnungsrelevante Diagnose(n) (ICD-10; ggf. Organmanifestationen) **2**

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

Komplexes Symptomgeschehen

☐ ausgeprägte urogenitale Symptomatik

☐ ausgeprägte ulzerierende / exulzierende Wunden oder Tumore

☐ ausgeprägte Schmerzsymptomatik

☐ ausgeprägte respiratorische / kardiale Symptomatik **3**

☐ ausgeprägte neurologische / psychiatrische / psychische Symptomatik

☐ ausgeprägte gastrointestinale Symptomatik

☐ 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)

Aktuelle Medikation (ggf. einschließlich BtM) **4**

Folgende Maßnahmen sind notwendig

☐ Beratung

☐ a. des behandelnden Arztes **5**

☐ b. der behandelnden Pflegefachkraft

☐ c. des Patienten / der Angehörigen

☐ Koordination der Palliativversorgung

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

☐ Additiv unterstützte Teilversorgung **6** ☐ Vollständige Versorgung

Nähere Angaben zu den notwendigen Maßnahmen der SAPV

Vertragsarztstempel / Unterschrift des Arztes

Ausfertigung für die Krankenkasse

PRF NR.
Muster 63a.1/E (10.2014)

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

Der Barcode enthält keine auf dem Formular nicht lesbaren Daten.

- 1**
 - Erst- oder Folgeverordnung ankreuzen
 - Verordnungszeitraum: bis zu 3 Monate, Quartalsunabhängig
 - Betriebsstätten.- und Arzt-Nr. angeben (1a)
 - Achtung! Ausstelldatum (1b) darf maximal 3 Werkstage vor erstem Kontakt und damit dem Verordnungsbeginn (1c) liegen
- 2**
 - Diagnosen als ICD ausreichend
- 3**
 - Symptome ankreuzen
 - bei „sonstiges komplexes Symptomgeschehen“: bitte die Leerzeilen nutzen für nähere Beschreibung, z.B. Appetitmangel, Kachexie, körperliche Schwäche, Fatigue, ...)
- 4**
 - Medikamentenplan (gern als BMP) mitschicken
- 5**
 - wenn nur eine Beratung gewünscht ist: Beratung und Koordination ankreuzen
 - es erfolgt nur ein Informations-/ Beratungsgespräch und keine Mitbetreuung
 - Rezepte sind unsererseits nicht möglich
- 6**
 - wenn Mitbetreuung gewünscht ist: „additiv unterstützende Teilversorgung“ ankreuzen (Teilversorgung beinhaltet automatisch eine Beratung / Koordination)
 - in die Leerzeile Text einpflegen, z.B. 24h-Rufbereitschaft, Krisenintervention, Hausbesuche, Notfallplanerstellung, Medikamentenanpassung und -kontrolle

Bitte achten Sie auf allen Durchschlägen auf Arztstempel und Unterschrift.
 Vielen Dank für Ihre Zuarbeit und Hilfe!
 Bei Fragen stehen wir Ihnen gerne jederzeit zur Verfügung unter: 03641 – 9 32 75 24.