

Krankenkasse bzw. Kostenträger Musterkasse		
Name, Vorname des Versicherten Mustermann, Maxi Musterstr. 11 12345 Musterstadt		
		geb. am 01.01.1900
Kassen-Nr. 123456789	Versicherten-Nr. A123456789	Status 5000000
Betriebsstätten-Nr.	Arzt-Nr.	Datum 01.04.25

Verordnung spezialisierter ambulanter Palliativversorgung (SAPV)

☒ Erstverordnung	☐ Folgeverordnung
☐ Unfall Unfallfolgen	

vom _____ bis _____

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

Hier bitte Diagnosen eintragen

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

Komplexes Symptomgeschehen

☒ ausgeprägte Schmerzsymptomatik	☒ ausgeprägte respiratorische / kardiale Symptomatik	☒ ausgeprägte gastrointestinale Symptomatik
☐ ausgeprägte urogenitale Symptomatik	☐ ausgeprägte neurologische / psychiatrische / psychische Symptomatik	☒ sonstiges komplexes Symptomgeschehen
☐ ausgeprägte ulzerierende / exulzerierende Wunden oder Tumore		

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)

Hier bitte Symptome wie Schmerzen, Dyspnoe, Übelkeit/Erbrechen oder ähnliches eintragen

Aktuelle Medikation (ggf. einschließlich BtM)

Regelmedikation:

Bedarfsmedikation:

Folgende Maßnahmen sind notwendig

☒ Beratung	☒ a. des behandelnden Arztes	☒ Koordination der Palliativversorgung
	☒ b. der behandelnden Pflegefachkraft	
	☒ c. des Patienten / der Angehörigen	

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

Beherrschung von Akutsituationen

☒ Additiv unterstützende Teilversorgung	☐ Vollständige Versorgung
---	--

Nähere Angaben zu den notwendigen Maßnahmen der SAPV

Multiprofessionelle palliative Versorgung im Hospiz, Symptomkontrollen psychosoziale Betreuung und Sterbebegleitung

Bitte Stempel und Unterschrift

Vertragsarztstempel / Unterschrift des Arztes

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