

AUSFÜLLHILFE Muster 63

Krankenkasse bzw. Kostenträger GKV, PKV		
Name, Vorname des Versicherten mustermann, max		
		geb.am -
Kostenträgerkennung	Versicherten-Nr.	Status
Betriebsstätten-Nr.	Arzt-Nr.	Datum 01.06.2024

Verordnung spezialisierter ambulanter Palliativversorgung (SAPV) 63

Erstverordnung Folgeverordnung
 ← 1.

Unfall
Unfallfolgen
 ← 2.

vom 0 1 0 6 2 4 bis 3 1 0 8 2 4 ← 3.

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

MUSTER DIAGNOSEN: Prostatakarzinom (C61), Wirbelkörpermetastase (C79.5), Rückenmarkmetastase (C79.4), Herzinsuffizienz

(I50.9), Niereninsuffizienz (N19), Demenz (F03), ALS (G12.2), Multiple Sklerose (G35.9), COPD (J44.99)

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

Komplexes Symptomgeschehen

- | | | |
|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> ausgeprägte urogenitale Symptomatik | <input checked="" type="checkbox"/> ausgeprägte Schmerzsymptomatik | <input type="checkbox"/> ausgeprägte gastrointestinale Symptomatik |
| <input checked="" type="checkbox"/> ausgeprägte ulzerierende / exulzierende Wunden oder Tumore | <input type="checkbox"/> ausgeprägte respiratorische / kardiale Symptomatik | <input checked="" type="checkbox"/> sonstiges komplexes Symptomgeschehen |
| | <input type="checkbox"/> ausgeprägte neurologische / psychiatrische / psychische Symptomatik | |

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)

Medikamentenplan anbei

Folgende Maßnahmen sind notwendig

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

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

- | | |
|---|--|
| <input checked="" type="checkbox"/> Additiv unterstützende Teilversorgung | <input type="checkbox"/> Vollständige Versorgung |
|---|--|

Nähere Angaben zu den notwendigen Maßnahmen der SAPV

Rufbereitschaft 24/7 Krankenhaus Vermeidung

Vertragsarztstempel/Unterschrift des Arztes

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

8. →