

Ausfüllhilfe SAPV Verordnung vom SAPV Team östliches Holstein

Krankenkasse bzw. Kostenträger		
Name, Vorname des Versicherten		
geb. am		
Kassen-Nr.	Versicherten-Nr.	Status
Betriebstätten-Nr.	Arzt-Nr.	Datum

Verordnung spezialisierter ambulanter Palliativversorgung (SAPV) 63

Erstverordnung Folgeverordnung

Unfall Unfallfolgen

vom bis

Bitte bedenken Sie, dass die **Verordnung innerhalb von 3 Tagen** nach Ausstellung den Krankenkassen vorliegen muss. **Das Ausstellungsdatum muss deshalb angegeben werden.** Bitte faxen oder mailen Sie die Verordnung deshalb vorab an uns und versenden anschließend per Post.

Ohne gültige Verordnung oder nach abgelaufener Verordnung haben wir keinen Arbeitsauftrag und können nicht tätig werden.

Erstverordnung:

- aus dem stationären Bereich für 7 Tage, Starttag ist Entlassungstag
- aus dem niedergelassenen Bereich nach individueller Entscheidung mit genauem Datum maximal quartalsweise, bitte nicht "bis auf Weiteres" schreiben

Folgeverordnung:

- bei bereits bestehender SAPV im direkten Anschluss an eine Erstverordnung

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

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

Beschränken sie sich bitte auf verordnungsrelevante Diagnosen, d.h. nur die, welche für die lebenslimitierende Erkrankung und ihre Symptomatik von Bedeutung sind. Es muss sich ableiten lassen, dass die Erkrankung nicht heilbar und bereits weit fortgeschritten ist, anstelle eines kurativen Ansatzes muss die medizinisch-pflegerische Zielsetzung der Palliativversorgung im Vordergrund stehen:

- *Beispiel: C16.0, C78.7, C78.6 - mit Stent versorgtes Kardiakarzinom, Gefähr des mediastinalen Durchbruchs, met. in Leber und Peritoneum, keine kurative Therapie möglich*

Bei Tumorerkrankung ist die Lokalisation der aller Metastasen anzugeben. Hilfreiche Angaben sind klinische Ereignisse (Krampfanfälle, Blutungen, Bewusstseinsstörung, etc.), Zunahme stark belastender Symptome

Nicht genehmigungsfähige Diagnosen sind „Vertretung während der Urlaubszeit oder am Wochenende, bzw. in der Nacht“.

Weiter unten im Formular muss eine Begründung für SAPV stimmig mit der Diagnose sein.

Ausfüllhilfe SAPV Verordnung vom SAPV Team östliches Holstein

Komplexes Symptomgeschehen

- | | | |
|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> ausgeprägte urogenitale Symptomatik | <input type="checkbox"/> ausgeprägte Schmerzsymptomatik | <input type="checkbox"/> ausgeprägte gastrointestinale Symptomatik |
| <input type="checkbox"/> ausgeprägte ulzerierende / exulzierende Wunden oder Tumore | <input type="checkbox"/> ausgeprägte respiratorische / kardiale Symptomatik | <input 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)

Mindestens in einem Bereich muss ein komplexes Symptomgeschehen zugrundeliegen, ein bloßes Ankreuzen ist nicht ausreichend.

Beispiele:

Ausgeprägte urogenitale Symptomatik

- Blutungen im Bereich der ableitenden Harnwege
- Fistelbildung

Ausgeprägte ulzerierende/exulzierende Wunden oder Tumore

- Unangenehmer Geruch
- Entstellende Wirkung

Ausgeprägte Schmerzsymptomatik

- Schmerzen, die unter der laufenden Therapie nicht ausreichend gelindert sind
- Ruheschmerzen
- Schwer behandelbarer Schmerztyp (viszeral, neuropathisch, etc.)
- Häufig wechselnde Schmerzintensität

Ausgeprägte respiratorische / kardiale Symptomatik

- Schwer beherrschbare Luftnot unterschiedlicher Ursache
- Therapierefraktäre Angina pectoris
- Täglich oder mehrmals wöchentlich auftretende Synkopen oder Adam-Stokes-Anfälle
- Ausgeprägter belastender Husten

Ausgeprägte neurologische / psychiatrische Symptomatik

- Stark belastende oder progrediente Sensibilitätsstörung
- Lähmungen mit schweren Aktivitätsbeeinträchtigungen
- Rezidivierende Krampfanfälle
- Rezidivierende, belastende Angstzustände und / oder Panikattacken
- Depressive Zustände mit komplexen Symptomen wie z.B. ausgeprägter Schlaflosigkeit, ständigem Grübeln, häufigem Weinen, innere Unruhe, Suizidgedanken
- Akute oder im Tagesverlauf wechselnde Bewusstseinsstörungen bzw. delirante Zustände, z.B. Tumorprogredienz, therapiebedingte Nebenwirkungen, metabolische Veränderungen

Ausgeprägte gastrointestinale Symptomatik

- Therapierefraktäre Übelkeit / rezidivierendes Erbrechen
- Rezidivierende Hämatemesis bzw. Miserere
- Rezidivierende Meläna/Hämatochezie
- Symptome durch massiven Aszites (ggf. ambulante Punktion notwendig)
- Ileus /Subileus
- Ausgeprägter Singultus
- Dysphagie

Sonstiges komplexes Symptomgeschehen

- Symptome durch Hyperkalzämie
- Ausgeprägter Pruritus, z.B. bei Ikterus oder Niereninsuffizienz
- Ausgeprägtes Fatigue-Syndrom
- Anorexie

Ausfüllhilfe SAPV Verordnung vom SAPV Team östliches Holstein

Aktuelle Medikation (ggf. einschließlich BtM) _____

- Leserliche Angabe aller aktuellen Medikamente incl. BTM mit Dosierung, Applikationsart und Zeitschema
- Bedarfsmedikation ebenfalls eintragen
- Alternativ kann ein Medikamentenplan separat beigelegt werden.

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)

Beratung UND Koordination ankreuzen

Nähere Angaben bitte ausfüllen (Beispiele):

- 24 Std Rufbereitschaft
- Krisenintervention
- Hilfe im Umgang mit Sterben und Tod
- Psychosoziale Unterstützung
- Vorausschauende Symptomkontrolle
- Vorbeugendes Krisenmanagement
- Beratung zu Möglichkeiten der Schmerz- und Symptombehandlung
- Palliativpflegeberatung (Mundpflege, Lagerung, palliative Wundversorgung, Drainagen, Umgang mit Hilfsmitteln, etc.) für Patienten, Angehörige und / oder Leistungserbringer der allgemeinen Palliativversorgung wie Pflegedienste, Pflegeheime oder Haus und Fachärzte
- Beratung zur Krankheitsbewältigung
- Verhalten und Umgang mit Krisensituationen
- Opiatrotation oder Umstellung der Dosis bei Änderungen der Applikationswege
- Anwendung einer Schmerzpumpe
- Anwendung von speziellen Entspannungs- und Lagerungstechniken sowie Atemübungen

Ausfüllhilfe SAPV Verordnung vom SAPV Team östliches Holstein

<input checked="" type="checkbox"/> Additiv unterstützende Teilversorgung	<input type="checkbox"/> Vollständige Versorgung
Nähere Angaben zu den notwendigen Maßnahmen der SAPV	
<hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>	
<div style="border: 1px solid black; width: 100%; height: 100%;"></div>	
<small>Vertragsarztstempel / Unterschrift des Arztes</small>	

Bitte additiv unterstützende Teilversorgung ankreuzen

Antrag des Versicherten							
<p>Die spezialisierte ambulante Palliativversorgung wird wie vom behandelnden Arzt verordnet beantragt.</p>							
<p><small>Datenschutzhinweis (§ 67a Abs. 3 SGB X): Damit wir Ihren Antrag auf SAPV-Leistungen bearbeiten können, ist Ihr Mitwirken nach § 60 SGB I erforderlich. Ihre Daten sind im vorliegenden Falle aufgrund § 37b SGB V i. V. m. § 92 Abs. 1 SGB V zu erheben.</small></p>	<p>Datum</p> <table border="1"><tr><td>T</td><td>T</td><td>M</td><td>M</td><td>J</td><td>J</td></tr></table>	T	T	M	M	J	J
T	T	M	M	J	J		
<small>Unterschrift des Versicherten / Vertretungsberechtigten</small>							

Die Verordnung ist nur gültig mit der Unterschrift des Patienten oder seines gesetzlichen Vertreters!

Das Unterschriftenfeld befindet sich auf der Rückseite des ersten Blattes des grünen Verordnungsformulars (Muster 63).

Wichtige Informationen zum Ablauf der Verordnung:

Bitte faxen Sie die Verordnung zusammen mit einer Telefonnummer des Patienten oder eines Angehörigen und einem möglichst aktuellen Arztbrief an 0 45 23 / 88 68 680. Nur so kann das SAPV-Team zeitnah Kontakt zum Betroffenen aufnehmen.

Nach 16 Uhr eintreffende Faxe werden am Folgetag bearbeitet. Das Büro ist nur an Werktagen besetzt.

Bitte senden Sie nach dem Faxen der Verordnung diese im Original per Post an

SAPV im östlichen Holstein, Ebereschenweg 13, 23701 Eutin