SAPV-Team:

Ansprechpartner:

Straße:

PLZ/Ort:

Telefon:

FAX:

E-Mail:

zur Verordnung für

**Name, Vorname**………………………………………………………………..…….

**Geb.-Datum**…………………………

**1. Begründung der SAPV-Verordnung**

* **Palliativmedizinisch relevante Diagnosen und Probleme:**

|  |  |
| --- | --- |
| Beratung | **☐** |
| Koordination | **☐** |
| Teilversorgung | **☐** |
| Vollversorgung | **☐** |

………………………………………………………………………………………..

………………………………………………………………………………………..

………………………………………………………………………………………..

………………………………………………………………………………………..

* **Symptomatik**

……………………………………………………………………………………….…………………….……………………………

……………………………………………………………………………………….……………………….…………………………

……………………………………………………………………………………….……………………….…………………………

……………………………………………………………………………………….……………………….…………………………

* **Welche speziellen Leistungen der SAPV sind ergänzend zur ambulanten Versorgung notwendig?**

……………………………………………………………………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………………………………………………………

**2. Psychosoziale Betreuungssituation des Patienten**

Aktueller Aufenthaltsort des Patienten: Versorgungssituation (beteiligte Partner)

☐ zu Hause in der Familie ☐ Hausarzt

☐ zu Hause, alleinstehend ☐ ambulanter Pflegedienst

☐ im Pflegeheim ☐ Pflegeheimmitarbeiter

☐ im stationären Hospiz ☐ ambulanter Hospizdienst

☐ in Intensiv-Wohngemeinschaft weitere Professionen …………………………….….…

Spez. Ausrichtung:……………………………….………..

|  |  |
| --- | --- |
| Assessment | ☐ |
| Arztbrief KKH | ☐ |
| Stellungnahme | ☐ |
| Telefonat | ☐ |

**3. Falls Weiterleitung an den MD, bitte anfordern 🡪**

**Durch die Krankenkasse zu ergänzen**

* Pflegegrad des Patienten: **kein l ll Ill lV V .**
* Bisher beantragte Leistungen der häuslichen Krankenpflege (HKP):

(Nachweis durch aktuelle HKP-Verordnung in Kopie)

…………………………………………………………….…………………………………..

* SAPV durchgeführt seit: ………………………………………………………

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

Datum, Unterschrift Stempel SAPV-Team