



## Spezialisierte ambulante pädiatrische Palliativversorgung (SAPPV) Antrag des Versicherten nach § 37b SGB V

\_\_\_\_\_  
Name, Vorname

\_\_\_\_\_  
geb. am

\_\_\_\_\_  
Straße, HausNr.

\_\_\_\_\_  
PLZ, Wohnort

\_\_\_\_\_  
Versichertennummer

Ich beantrage die spezialisierte ambulante pädiatrische Palliativversorgung für meinen Sohn/ meine Tochter

\_\_\_\_\_  
Name, Vorname

\_\_\_\_\_  
geb. am

entsprechend der beigefügten Verordnung des behandelnden Arztes. Aufgrund des aktuellen Erkrankungszustandes meines Sohnes/ meiner Tochter ist eine sofortige Aufnahme der SAPPV erforderlich. Bitte senden Sie Ihren Bescheid zur Kostenübernahme innerhalb von zwei Werktagen per Fax direkt an den u.g. Leistungserbringer.

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des Versicherungsnehmers

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

### Angaben des Leistungserbringers zur SAPPV

Aufgrund der Eilbedürftigkeit erbringen wir die verordnete SAPPV für das o.a. Kind/ den o.a. Jugendlichen ab dem

\_\_\_\_\_

Die hierfür erforderliche Komplexleistung des SAPPV-Teams (§ 5 SAPV-RL) stellen wir Ihnen mit 250,00 € pro Versorgungstag bis zum 20. Tag sowie mit 160,00 € pro Versorgungstag ab dem 21. Tag in Rechnung.

#### Betreuungsnetz schwerkranker Kinder UG(h)

c/o Prof. Dr. D. Reinhardt

MHH (KK Bult) Carl-Neuberg-Straße 1, 30625 Hannover

Telefon +49 (511) 8115-8980, Telefax +49 (511) 8115-8981

Ansprechpartner: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Unterschrift

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

### Genehmigung der Krankenkasse

Die Kosten der SAPPV werden entsprechend der ärztlichen Verordnung zu den angegebenen Kosten übernommen. Diese Genehmigung ist der Abrechnung beizufügen.

Endet die Notwendigkeit der Leistungserbringung vor Ablauf des Ordnungszeitraumes, so erlischt damit auch die Kostenübernahme. Sollte eine spezialisierte ambulante Palliativversorgung über den letzten Verordnungstag hinaus erforderlich sein, so ist vor Ablauf des genehmigten Zeitraums eine Folgeverordnung einzureichen.

\_\_\_\_\_  
Unterschrift

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum