

Ausfüllhilfe zur SAPV-Verordnung Muster 63

Grundsätzlich

Das Koordinierungsbüro in Hannover benötigt die SAPV-Verordnung lediglich in einfacher Ausführung. Wir bitten Sie, diese an folgende Adresse zu senden:

Betreuungsnetz schwerkranker Kinder UG(h)
Fuhrberger Str. 4
30625 Hannover

Bitte schicken Sie – wenn möglich – die Verordnung vorab per Fax: 0511 - 380 77 001

Bitte beachten Sie dabei folgendes: Die Verordnung muss dem Koordinierungsbüro innerhalb von 3 Tagen nach Ausstellungsdatum und spätestens 3 Tage nach Beginn der Verordnungszeit vorliegen.

Punkt 1 | Daten des Patienten

In diesen Feldern werden die Angaben zum Patienten (Name, Geburtsdatum, Krankenkasse, Versicherungsnummer usw.) sowie Angaben zum verordnenden Arzt (Betriebsstätten- und Arztnummer) benötigt. Bitte achten Sie auch auf die Eintragung des Ausstellungsdatums der Verordnung.

Punkt 2 | Verordnungsart und -dauer

In diesem Bereich werden Art und Dauer dieser Verordnung angegeben.

Hinweis: Die Verordnungsdauer nach einer Entlassung (Krankenhaus o.ä.) sollte keine 7 Tage und bei Folgeverordnung keine 3 Monate überschreiten. Auch benötigt das Koordinierungsbüro – vor allem bei erstmaliger Verordnung – aktuelle Entlassungs- und/oder Arztbriefe sowie Medikationslisten.

Punkt 3 | Verordnungsrelevante Diagnose(n)

An dieser Stelle würden wir Sie bitten, die verordnungsrelevante Diagnose(n) mit entsprechenden ICD-10-Codes zu versehen und die Grunderkrankung als erstes zu nennen.

Punkt 4 | Komplexes Symptomgeschehen

In diesem Bereich ist eine Mehrfachauswahl der Symptomatik möglich. Im nachfolgenden Bereich „Nähere Beschreibung“ benötigt diese Verordnung noch weitere Angaben zur vorher getroffenen Auswahl im Bereich der Symptomatik.

Punkt 5 | Aktuelle Medikation

Hier wird der Stand der Medikation zum Zeitpunkt der Erstellung der Verordnung angegeben. Gern darf hierzu eine Medikationsliste beigefügt werden.

Punkt 6 | Folgende Maßnahmen sind notwendig

In diesem Bereich benötigt das Koordinierungsbüro Angaben zu den Maßnahmen und zu beratenden Personen. Eine Mehrfachauswahl ist möglich, wobei darauf zu achten ist, dass Beratung und Koordination sowie additiv unterstützende Teilversorgung angekreuzt ist.

Die „folgende inhaltliche Ausrichtung“ kann u.a. mit folgenden Angaben versehen werden:

- Vorgehen in Krisensituation, z.B. bei Krampfanfällen
- Koordination der Grund- und Portversorgung zur Schmerztherapie
- Psychosoziale Begleitung der gesamten Familie
- Vermeidung von Klinikaufenthalten
- Sicherung von Lebensqualität
- Unterstützung bei Krankheitsverarbeitung

Punkt 7 | Nähere Angaben zu den notwendigen Maßnahmen der SAPV

Hierzu dient Ihnen folgende Beispielliste:

- Symptomkontrolle durch Medikamentenanpassung unter engmaschiger Überwachung und Überprüfung der Medikamentenwirkung, z.B. Schmerztherapie, antiemetische Therapie, Therapie von Krampfanfällen, Therapie von extremer Unruhe/Schlafstörungen
- Engmaschige Steuerung der Ernährungs- und/oder Flüssigkeitsversorgung über Sonden oder Katheter
- Punktionen zur Symptomlinderung (Aszites/Pleuraerguß)
- Durchführung von Verbandwechsel unter Verwendung spezieller Materialien oder unter Anwendung einer Analgosedierung

- Aufklärung und psychologische/psychosoziale Unterstützung des Patienten und seiner Familie zur Krankheitsverarbeitung
- Beratung der Angehörigen zur Palliativversorgung/Sterbebegleitung
- Durchführung von Palliativgesprächen, Besprechung einer EVN-Order
- Spezialisierte palliativmedizinische Beratung der Familie
- Erstellung eines multiprofessionellen Behandlungsplans
- Krisenintervention
- Aufbau eines Versorgungsnetzes
- 24 Stunden Rufbereitschaft
- Antizipation von Krisen
- Medikamentöser Notfallplan
- Evaluation der Medikation
- Optimierung der Schmerztherapie
- Finale Begleitung/Sterbebegleitung

Punkt 8 | Arztstempel und Unterschrift

Zum Abschluss bitte diese Verordnung mit Arztstempel und Unterschrift versehen.

Punkt 9 | Antrag des Versicherten

Hier wird die Unterschrift des Versicherten bzw. des Vertretungsberechtigten (Bsp.: Eltern usw.) inkl. Datum benötigt. Ohne eine Unterschrift sind die Maßnahmen dieser Verordnung nicht umsetz- bzw. abrechenbar.

Punkt 10 | Angaben des Leistungserbringers für die SAPV

Diesen Abschnitt für das Koordinierungsbüro in Hannover freilassen.

Punkt 11 | Genehmigung der Krankenkasse

Diesen Abschnitt für die jeweilige Krankenkasse freilassen.