

Krankenkasse bzw. Kostenträger		
Name, Vorname des Versicherten		
		geb. am
Kassen-Nr.	Versicherten-Nr.	Status
Betriebsstätten-Nr.		

# SAPV- Abrechnungsbogen

Abrechnungs-IK:

Stempel
---------

Rechnungs-Nr.:  SAPV-Fall-Nr.  -

Erstverordnung  Folgeverordnung vom  bis

Abrechnungszeitraum:  bis  Diagnose(n) ICD-10:

Gebührenposition	Häusliches Umfeld	Stat. Pflegeeinrichtung	Stat. Hospiz	Anzahl	Summe
<b>Ebene 0</b> (keine SAPV)	<input type="checkbox"/> 50,00 EUR	<input type="checkbox"/> 50,00 EUR	<input type="checkbox"/> 50,00 EUR	<b>1</b>	
<b>Ebene 1</b> (Beratung)	<input type="checkbox"/> 143,50 EUR	<input type="checkbox"/> 143,50 EUR	—————→		
<b>Ebene 2</b> (Koordination der Versorgung)	<input type="checkbox"/> 54,60 EUR	—————→	—————→		
		<input type="checkbox"/> 54,60 EUR	—————→		
<b>Ärztlicher Hausbesuch</b>	<input type="checkbox"/> 81,00 EUR	—————→	—————→		
		<input type="checkbox"/> 81,00 EUR	—————→		
			<input type="checkbox"/> 81,00 EUR		
<b>Pflegerischer Hausbesuch</b>	<input type="checkbox"/> 55,00 EUR	—————→	—————→		
		<input type="checkbox"/> 55,00 EUR	—————→		
<b>Zusatzentgelt</b> für weitere 15' Hausbesuchszeit für <b>ärztl.</b> Hausbesuche; abrechenbar ab Vollendung der 1.'	<input type="checkbox"/> 15,00 EUR	—————→	—————→		
		<input type="checkbox"/> 15,00 EUR	—————→		
			<input type="checkbox"/> 15,00 EUR		
<b>Zusatzentgelt</b> für weitere 15' Hausbesuchszeit für <b>pfleg.</b> Hausbesuche; abrechenbar ab Vollendung der 1.'	<input type="checkbox"/> 10,00 EUR	—————→	—————→		
		<input type="checkbox"/> 10,00 EUR	—————→		
<b>Abschlag</b> für ärztl. Hausbesuche bei Unterschreitung der Mindestbesuchszeit von 20'	<input type="checkbox"/> -15,00 EUR	—————→	—————→		-
		<input type="checkbox"/> -15,00 EUR	—————→		-
			<input type="checkbox"/> -15,00 EUR		-
<b>Abschlag</b> für pfleg. Hausbesuche bei Unterschreitung der Mindestbesuchszeit von 20'	<input type="checkbox"/> -10,00 EUR	—————→	—————→		-
		<input type="checkbox"/> -10,00 EUR	—————→		-

Gesamtbetrag:

Die vollständige Datenlieferung zur Abrechnung wurde am  übermittelt.

Wir bestätigen, dass die erbrachten und abgerechneten SAPV-Leistungen ausschließlich durch sozialversicherungspflichtig beschäftigte Palliativpflegekräfte/sonstige Fachkräfte des SAPV-Leistungserbringers erbracht wurden.

Datum, Unterschrift