

Name Vorname Straße, Wohnort Tel.: Gesetzl. Vertreter: Informationsberechtigter Angehöriger:	1. SAPV-Fall-Nr.	
	2. Geburtsdatum	
	3. Geschlecht	<input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> männlich
	4. Datum: Erstverordnung	Datum: _____ Umfang: bis <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> K <input type="checkbox"/> TV <input type="checkbox"/> VV
	4. Datum: Folgeverordnung	Datum: _____ Umfang: bis <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> K <input type="checkbox"/> TV <input type="checkbox"/> VV
	SAPV-Team:	
	Hausarzt:	
	Häusl. Krankenpflege:	

ICD 10:

Kurative Behandlungen sind abgeschlossen: ja nein

Die **Mittel der Regelversorgung/der allgemeinen Palliativversorgung** reichen nicht aus weil, _____

Komplexes Symptomgeschehen nach SAPV – RL: liegt vor liegt nicht vor
Zutreffende Bereiche ankreuzen – die Ausprägung **muss** beschrieben werden:

- ausgeprägte Schmerzsymptomatik _____
- ausgeprägte respiratorische/kardiale Symptomatik _____
- ausgeprägte gastrointestinale Symptomatik _____
- ausgeprägte urogenitale Symptomatik _____
- ausgeprägte ulzerierende/exulzerierende Wunden/Tumore _____
- ausgeprägte neurologische/psychiatrische/psychische Symptomatik _____
- Sonstiges komplexes Symptomgeschehen: _____

Der Patient / die Patientin benötigt die Leistungen der SAPV: ja nein

Folgende SAPV-Leistungen sind notwendig:

Beratung zu folgendem Sachverhalt _____
In die Beratung werden folgende Personen/Leistungserbringer einbezogen: _____

Koordination folgender Versorgungsnotwendigkeiten: _____

Behandlungsplan muss abgestimmt werden mit folgenden Leistungserbringern:

- Hausarzt Apotheke Pflegeeinrichtung Physiotherapeut
- Facharzt Sanitätshaus Hospiz Logopädie
- Kinderarzt Sonstige: _____

Behandlungsplan ist: konsentiert teilweise konsentiert muss noch abgestimmt werden

Notfallplan erstellt Rufbereitschaft organisiert

Teilversorgung folgender

pflegerischer Leistungen _____

medizinischer Leistungen _____

Geschätzter zeitlicher Aufwand/Tag: _____ min.

Häufigkeit/Woche: _____

geschätzte Fahrtzeiten: _____ min.

Vollversorgung folgender

pflegerischer Leistungen _____

medizinischer Leistungen _____

Geschätzter zeitlicher Aufwand/Tag: _____ min.

Häufigkeit/Woche: _____

geschätzte Fahrtzeiten: _____ min.

SAPV-Verordnung:

Es besteht kein Bedarf an SAPV. Die Mittel der Regelversorgung reichen aus.

SAPV –Verordnung liegt nach Anspruch und Bedarf vor.

SAPV – Verordnung muss gemäß dem oben genannten Leistungsbedarf folgendermaßen

_____ angepasst wer-

den.

SAPV – Folgeverordnung muss nach dem oben genannten Leistungsbedarf bis zum _____ vorliegen.

Assessment durchgeführt am: _____

Unterschrift der / des Durchführenden: _____