

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

SAPV- Abrechnungsbogen

Abrechnungs-IK:

Stempel

SAPV-Fall-Nr.

Rechnungs-Nr.: -

Erstverordnung Folgeverordnung vom bis

Abrechnungszeitraum: bis Diagnose(n) ICD-10:

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