

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

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 werden.

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

Assessment durchgeführt am: \_\_\_\_\_

Unterschrift der / des Durchführenden: \_\_\_\_\_