

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

Anlage 4a
zur Vereinbarung zur Umsetzung der ambulanten palliativmedizinischen Versorgung von unheilbar erkrankten Patienten im häuslichen Umfeld

SAPV-Vollversorgung nach Anlage 6 Ziffer 5

- Anzeige**
 Verlängerungsantrag

(gilt nicht für Hospizpatienten)

Datum der Einschreibung:

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
T	T	M	M	J	J	J	J

Wichtig:

Diese Anlage unverzüglich an die KVWL faxen:
Telefax-Nr.: 0231 9432-83240

Datum des Beginns der Vollversorgung:

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
T	T	M	M	J	J	J	J

Datum der Beendigung Vollversorgung:

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
T	T	M	M	J	J	J	J

(Die Abrechnung der SNR 91516/91517 ist auf 28 Tage/4 Wochen begrenzt)

Spezieller Versorgungsbedarf besteht in Bezug auf:

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Psychosoziale/seelsorgliche Unterstützung | <input type="checkbox"/> Versorgung von Kathetern und Drainagen |
| <input type="checkbox"/> Überwachung von Schmerztherapie nach (WHO- Schema) | <input type="checkbox"/> Versorgung von (Tracheo-, Uro-, Ileo-, Kolo-) Stomata |
| <input type="checkbox"/> s.c.- oder i.v.- Flüssigkeitssubstitution | <input type="checkbox"/> Krisenintervention/Symptomkontrolle |
| <input type="checkbox"/> s.c.- oder i.v.- Infusionen mit Medikamenten | <input type="checkbox"/> Spezielle Wundversorgung |
| <input type="checkbox"/> Versorgung von Port- bzw. Pumpensystemen | <input type="checkbox"/> Enterale Ernährung (PEG) |
| <input type="checkbox"/> Wundversorgung (Dekubitus, exulcerierende Tumore, Fisteln) | <input type="checkbox"/> Parenterale Ernährung |

Nur im Fall eines Verlängerungsantrags:

Bislang erbrachte Vollversorgung – Angabe des Zeitraums/der Zeiträume

Die Vollversorgung kann intermittierend oder durchgängig erbracht werden; eine intermittierende Leistungserbringung ist nicht gegeben, wenn die Vollversorgung an Einzeltagen mit zeitlichen Unterbrechungen (gesplittet) erbracht wird

Zeitraum/-räume aufführen:

Gesamtzahl der erbrachten Tage der Vollversorgung:

Begründung zur weiteren Notwendigkeit der Vollversorgung

Voraussichtliche weitere Dauer: bis

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
T	T	M	M	J	J	J	J

 (max. 28 Tage / 4 Wochen)

Zuständiger PKD: _____ **BSNR:** _____