

Anlage zur Verordnung spezialisierter ambulanter Palliativversorgung

vom _____
Verordnungsdatum

für _____, _____, _____
Name Vorname Geburtsdatum

Versichertennummer _____
Versichertennummer

Für die Zeit vom _____ bis _____ sollen folgende Leistungen der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung erbracht werden (entsprechend den vertraglich definierten Pauschalen):

	Beschreibung	Häufigkeit		Dauer
		x tägl.	x wtl.	
<input type="checkbox"/>	E: Erstberatung (einmalig pro Leistungsfall)			
<input type="checkbox"/>	B: Beratung / Koordination einschließlich Palliativmediziner			
<input type="checkbox"/>	P 1: Pflege / geringer Aufwand (bis zu 30 Minuten)			
<input type="checkbox"/>	P 2: Pflege / mittlerer Aufwand (31 bis 50 Minuten)			
<input type="checkbox"/>	P 3: Pflege / hoher Aufwand (über 50 Minuten)			
<input type="checkbox"/>	A 1: Arztbesuch im Regelfall			
<input type="checkbox"/>	A 2: Arztbesuch mit erheblichem Aufwand (über 70 Minuten)			

Die spezialisierte ambulante Palliativversorgung wird durchgeführt von dem hierfür zugelassenen Leistungserbringer*:

Name

Anschrift

Stempel

IK / Telefonnummer / Fax / Ansprechpartner

Ort, Datum, Unterschrift

* incl. der den Vertragspartnern mitgeteilten Kooperationspartnern