

**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

\_\_\_\_\_  
 IK / Telefonnummer / Fax / Ansprechpartner

Stempel

\_\_\_\_\_  
 Ort, Datum, Unterschrift

\* incl. der den Vertragspartnern mitgeteilten Kooperationspartnern