

## CHECKLISTE: KLÄRUNG DES RECHTSANSPRUCHS AUF LEISTUNGEN GEM. §37 B SGB V & RL-SAPV

Version: Institutsambulanzen, Erwachsene

Patientendaten:

Name, Vorname :..... Geb.Dat.....

Adresse:.....

Krankenkasse:.....

### 1 Erkrankungssituation des Patienten (§37b / RL-SAPV) :

- |     |   |                                     |                            |
|-----|---|-------------------------------------|----------------------------|
| 1.1 | nicht heilbar                                 | <input checked="" type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein |
| 1.2 | fortgeschrittenen                             | <input checked="" type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein |
| 1.3 | fortschreitend                                | <input checked="" type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein |
| 1.4 | begrenzte Lebenserwartung (Wochen bis Monate) | <input checked="" type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein |

Begründende Diagnose(n) (bitte mit ICD):

(relevante) Nebendiagnosen:

### 2 Ziele von Patient, Familie und therapeutischem Team (RL-SAPV):

- |     |  |                                     |                            |
|-----|--|-------------------------------------|----------------------------|
| 2.1 | Symptomlinderung <u>anstelle</u> kurativer Zielsetzung | <input checked="" type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein |
| 2.2 | Verbleib im häuslichen Umfeld <u>bis zum Tod</u>       | <input checked="" type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein |

### 3 besonderer Aufwand ( §37b / RL-SAPV):

- |       |  |                                     |                            |
|-------|--|-------------------------------------|----------------------------|
| 3.1   | vorhandene bzw. verfügbare amb. Versorgungsformen reichen <u>nicht</u> aus, um den häuslichen Verbleib auch in absehbaren Krisensituationen sicher zu stellen? | <input checked="" type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein |
| 3.1.1 | komplexes Symptomgeschehen erfordert spez. Kenntnisse u. Erfahrungen der Palliative-Care bzw. besonders abgestimmtes multiprofessionelles Konzept?             | <input checked="" type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein |
| 3.2   | Insbesondere besteht eine:   |                                     |                            |
| 3.2.1 | <input type="radio"/> ausgeprägte Schmerzsymptomatik   |                                     |                            |
| 3.2.2 | <input type="radio"/> ausgeprägte neurologische / psychiatrische / psychische Symptomatik  |                                     |                            |
| 3.2.3 | <input type="radio"/> ausgeprägte respiratorische / kardiale Symptomatik   |                                     |                            |
| 3.2.4 | <input type="radio"/> ausgeprägte gastrointestinale Symptomatik  |                                     |                            |
| 3.2.5 | <input type="radio"/> ausgeprägte ulzerierende bzw.exulzerierende Wund- oder Tumorsymptomatik  |                                     |                            |
| 3.2.6 | <input type="radio"/> ausgeprägte urogenitale Symptomatik  |                                     |                            |

**0 Es wurden alle Fragen mit „ja“ beantwortet, ein Rechtsanspruch auf SAPV-Leistungen besteht.**

.....  
Datum    Unterschrift

PalliativTeam Frankfurt  
gemeinnützige GmbH  
Heinestrasse 15  
60322 Frankfurt am Main  
Fon    069 1302 556 100  
Fax    069 1302 556 111  
Web    www.palliativteam-frankfurt.de  
eMail  palliativteam-frankfurt@web.de

Geschäftsführer: Dres. med. H.-J. Cordes & I. Hornke  
HRB 88221, AG Frankfurt am Main  
Ust-ID DE 271012865 • IK-Nr.: 462 642 237  
Gesellschafts-Konto: 2004 332 53  
Frankfurter Sparkasse 1822 • BLZ: 500 502 01  
IBAN: DE 93 5005 0201 0200 4332 53 • BIC: HELADEF1822