

A. Basisdaten / Situation zu Beginn der Versorgung

| | |
|---|---|
| SAPV-BSNR <input style="width:20px; height:20px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width:20px; height:20px; border: 1px solid black;" type="text"/> Verantwortliche(r) Arzt / Ärztin: _____ | Krankenkasse _____ |
| Praxisstempel _____ | Datum des SAPV-Beginns (TTMMJJ) <input style="width:20px; height:20px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width:20px; height:20px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width:20px; height:20px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width:20px; height:20px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width:20px; height:20px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width:20px; height:20px; border: 1px solid black;" type="text"/> |
| | Geburtsjahr Patient (JJJJ) <input style="width:20px; height:20px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width:20px; height:20px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width:20px; height:20px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width:20px; height:20px; border: 1px solid black;" type="text"/> |

SAPV initiiert durch: Pat/Ang SAPV-Pflege Haus-/Facharzt Heim Stat.Hospiz AHD Palliativstation Krkh sonstige

| | | | |
|---|---|--|--|
| SAPV-Verordnung von <i>(nur eine Möglichkeit)</i> <input type="radio"/> Beratung <input type="radio"/> Koordination <input type="radio"/> Teilversorgung <input type="radio"/> Vollversorgung | Aufenthaltsort zu Beginn <i>(nur eine Möglichkeit)</i> <input type="radio"/> Zuhause (bzw. privates Umfeld) <input type="radio"/> Stat.Hospiz <input type="radio"/> Kurzzeitpflege <input type="radio"/> Pflegeheim <input type="radio"/> Pflege-WG <input type="radio"/> sonstige: _____ | Wer kümmert sich? <input type="radio"/> Keiner <i>(mehrere Antworten sind möglich)</i> <input type="radio"/> Partner(in) <input type="radio"/> Kind <input type="radio"/> Eltern(teil) <input type="radio"/> private Pflege <input type="radio"/> sonstige(r) Verwandte(r) <input type="radio"/> Freunde / Bekannte / Nachbarn | Allgemeinzustand <i>(nur eine Möglichkeit)</i> <input type="radio"/> eingeschränkt <input type="radio"/> weniger als 50 % bettlägrig <input type="radio"/> mehr als 50 % bettlägrig <input type="radio"/> moribund |
|---|---|--|--|

B. Grunderkrankung / Komplexes Symptomgeschehen zu Beginn der SAPV und Symptome im weiteren Verlauf

Hauptdiagnose ICD-10 _____

| | | | | | |
|--|---|--|--|---|--|
| Komplexes Symptomgeschehen <input type="radio"/> gastrointestinal <input type="radio"/> resp./kardial <input type="radio"/> neurol./psych. <input type="radio"/> Ulcerationen <input type="radio"/> Schmerz <input type="radio"/> urogenital <input type="radio"/> Sonstiges | <input type="radio"/> Angst <input type="radio"/> Appetitlosigkeit <input type="radio"/> Aszites <input type="radio"/> Atemnot | <input type="radio"/> Blutung <input type="radio"/> Depression <input type="radio"/> Dysphagie <input type="radio"/> Exulceration | <input type="radio"/> Haut (z.B.Juckreiz) <input type="radio"/> Husten <input type="radio"/> Krampfanfall <input type="radio"/> Lähmung | <input type="radio"/> (Lymph-)Ödem <input type="radio"/> Schmerzen <input type="radio"/> Übelkeit / Erbrechen <input type="radio"/> Urol.Symptom | <input type="radio"/> Müdigkeit <input type="radio"/> Obstipation <input type="radio"/> Unruhe <input type="radio"/> Verwirrtheit |
|--|---|--|--|---|--|

Beteiligte und zu koordinierende Leistungserbringer

| | | |
|---|--|---|
| <input type="radio"/> Physiotherapie | <input type="radio"/> ambulanter Hospizdienst | <input type="radio"/> Seelsorger |
| <input type="radio"/> Psychologe/ Psychotherapeut | <input type="radio"/> Sozialarbeiter | <input type="radio"/> Sonstige Wer? _____ |
| <input type="radio"/> SAPV-Pflegedienst | <input type="radio"/> Pflegedienst (konventionell) | |

C. Abschluss der Versorgung

| | | |
|--|---|---|
| SAPV abgeschlossen am (TTMMJJ) <input style="width:20px; height:20px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width:20px; height:20px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width:20px; height:20px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width:20px; height:20px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width:20px; height:20px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width:20px; height:20px; border: 1px solid black;" type="text"/> | am Lebensende übergeleitet in <input type="radio"/> Stationäres Hospiz <input type="radio"/> Pflegeheim <input type="radio"/> Pflege-WG <input type="radio"/> Kurzzeitpflege <input type="radio"/> Palliativstation <input type="radio"/> and. Kh.-Abt. <input type="radio"/> Sonstige Einrichtung | Sterbeort <input type="radio"/> zu Hause <input type="radio"/> Stat.Hospiz <input type="radio"/> Pflegeheim <input type="radio"/> Pflege-WG <input type="radio"/> Kurzzeitpflege <input type="radio"/> Palliativstation <input type="radio"/> and.Kh.Abt. <input type="radio"/> Sonstiger Ort <input type="radio"/> Unbekannt |
| Zahl der Besuche im Rahmen einer Teilversorgung <input style="width:20px; height:20px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width:20px; height:20px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width:20px; height:20px; border: 1px solid black;" type="text"/> | Überleitung veranlasst durch ... <input type="radio"/> Facharzt <input type="radio"/> Hausarzt <input type="radio"/> Not-/Bereitschaftsarzt <input type="radio"/> Pflegeheim <input type="radio"/> Pflege-WG <input type="radio"/> Pflegedienst <input type="radio"/> SAPV-Pflege <input type="radio"/> SAPV-Arzt/Ärztin <input type="radio"/> selbst / Angehörige | ... bzw.Abschlussgrund <input type="radio"/> Besserung der Situation <input type="radio"/> Umzug <input type="radio"/> Kontakt nicht mehr erwünscht <input type="radio"/> Ablehnung der Krankenkasse <input type="radio"/> Sonstiges _____ |
| Zahl der Besuche im Rahmen einer Vollversorgung <input style="width:20px; height:20px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width:20px; height:20px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width:20px; height:20px; border: 1px solid black;" type="text"/> | | |
| Gesamtzahl der temporären Krankenhauseinweisungen <input style="width:20px; height:20px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width:20px; height:20px; border: 1px solid black;" type="text"/> | | |
| Summe der temporär im Krankenhaus verbrachten Tage <input style="width:20px; height:20px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width:20px; height:20px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width:20px; height:20px; border: 1px solid black;" type="text"/> | | |
| Datum Überleitung am Lebensende (TTMMJJ) <input style="width:20px; height:20px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width:20px; height:20px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width:20px; height:20px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width:20px; height:20px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width:20px; height:20px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width:20px; height:20px; border: 1px solid black;" type="text"/> | | |
| Überleitungsgrund <input type="radio"/> Medizinische Notfallindikation <input type="radio"/> Sonstige medizinische Indikation <input type="radio"/> Dekompensation Patient/Angehörige <input type="radio"/> (Häusliche) Pflege nicht gesichert <input type="radio"/> Unbekannt <input type="radio"/> Sonstiges / Was? _____ | | |

Besonderheiten während der Versorgung:

Legende zum Ausfüllen der **SAPV-Patientendokumentation Arzt** (Anlage 3 a zum SAPV-Rahmenvertrag)

➤ **Prolog**

- Der Dokubogen soll **zu jedem versorgten SAPV-Patienten** angelegt, **nach dem Ende der SAPV-Versorgung** (bei Tod des Patienten / Änderung des Wohnorts / Stabilisierung des Gesundheitszustandes / terminaler Krankenhauseinweisung usw.) mit den restlichen Daten ergänzt und an die **HCB-Geschäftsstelle** geschickt werden (**Bitte möglichst alle Dokubögen eines Quartals zeitnah einsenden**).

➤ **A Basisdaten / Situation zu Beginn der Versorgung**

- Jeder ärztliche SAPV-Standort erhält eine **SAPV-Betriebsstättennummer** - die Ziffern 6 und 7 der SAPV-BSNR hier bitte eintragen.
- Als **verantwortliche(r) Arzt/in** ist derjenige/diejenige einzutragen, der/die die Versorgung des Patienten in erster Linie durchgeführt hat.
- **Krankenkasse**: Bitte die Krankenkasse vollständig benennen, also z.B. AOK Nordost oder BKK Audi. In der PKV reicht "Privat".
- **Datum des SAPV-Beginns**: Hier den ersten persönlichen Kontakt mit dem Patienten dokumentieren - in der Regel ist es ein Hausbesuch.
- **SAPV initiiert durch**: Hier sind mehrere Antworten möglich.
- **SAPV-Verordnung von**: Hier nur eine Antwort ankreuzen - nämlich diejenige, die den Versorgungsbeginn am umfassendsten beschreibt. Zur Klarstellung: In Berlin wird in der Regel von Beginn an immer entweder Teilversorgung oder Vollversorgung verordnet. Beratung und Koordination sind in beiden Versorgungsformen enthalten. Da Teil- oder Vollversorgung aber die umfassendere Beschreibung des Versorgungsgeschehens ist, ist in all diesen Fällen lediglich entweder Teil- oder Vollversorgung anzukreuzen. In den Fällen, in denen nur Beratung oder Koordination verordnet wird (ohne Teil- oder Vollversorgung) muss natürlich Beratung oder Koordination angekreuzt werden.
- **Aufenthaltsort zu Beginn**: Bitte nur eine Antwort ankreuzen.
- **Wer kümmert sich**: Gefragt wird nach denen im sozialen Umfeld der Patienten, die sich in Versorgung und/oder Pflege aktiv beteiligen
- **Allgemeinzustand**: Hier nur eine Antwort ankreuzen - gefragt wird nach dem AZ zu Beginn der SAPV!

➤ **B Grunderkrankung / Komplexes Symptomgeschehen zu Beginn der SAPV und Symptome im weiteren Verlauf**

- **Hauptdiagnose**: Bitte regelhaft eine dreistellige ICD-Ziffer hier eintragen (ein Buchstabe und die ersten beiden Zahlen). Nur im Ausnahmefall (bei eher seltenen Diagnosen) kann die Diagnose ausgeschrieben werden.
- **Komplexes Symptomgeschehen**: Bitte diejenigen Felder ankreuzen, die auch in der Erstverordnung (Muster 63) angekreuzt worden sind.
- **Symptome im weiteren Verlauf**: Alle zu Beginn und im weiteren Verlauf auftretenden Symptome sind anzukreuzen.
- **Beteiligte und zu koordinierende Leistungserbringer**: Alle zu Beginn und im weiteren Verlauf beteiligte und zu koordinierende Leistungserbringer sind anzukreuzen. Bei SAPV-Pflegedienst bitte konkretisieren, welcher SAPV-Pflegedienst einbezogen worden ist

➤ **C Abschluss der Versorgung**

- **SAPV abgeschlossen am**: Das Datum des Abschlusses der SAPV kann, muss aber nicht mit dem letzten Hausbesuch und auch nicht mit dem Sterbedatum zusammenfallen.
- **Zahl der Hausbesuche im Rahmen einer Teilversorgung**: Die Zahl der Hausbesuche, die zu einem bestimmten Zweck (z.B. Aszitespunktion) im Rahmen der Teilversorgung erfolgten, wenn der Hausarzt die Allgemeine Palliativversorgung weiter ausführt. Besuche des Patienten in der Praxis während der SAPV-Versorgung (was die Ausnahme bleiben sollte) sind hier nicht mitzuzählen.
- **Zahl der Hausbesuche im Rahmen einer Vollversorgung**: Zahl der Besuche im Rahmen der Vollversorgung. Besuche des Patienten in der Praxis während der SAPV-Versorgung (was die Ausnahme bleiben sollte) sind hier nicht mitzuzählen.
- **Gesamtzahl der temporären Krankenhauseinweisungen**: ... in der Zeit zwischen SAPV-Beginn und Abschluss der SAPV. Nicht mitgerechnet wird hier eine präfinale = terminale Einweisung!
- **Summe der temporär im Krankenhaus verbrachten Tage**: Hier muss gerechnet werden, aber nur, wenn die Krankenhauseinweisungen zwischen dem SAPV-Beginn und dem Abschluss der SAPV liegen. Nicht mitgerechnet wird eine präfinale = terminale Einweisung!
- **Datum Überleitung am Lebensende**: Ein Datum ist hier nur einzutragen, wenn am Lebensende noch eine Ortsveränderung erfolgte - ohne Rückkehr in die alte Aufenthaltssituation.
- **Überleitungsgrund**: Hier sind mehrere Antworten möglich.
- **Am Lebensende übergeleitet in**: Hier bitte nur eine Antwort ankreuzen.
- **Überleitung veranlasst durch**: Hier bitte nur eine Antwort ankreuzen.
- **Sterbeort**: Hier bitte nur eine Antwort ankreuzen.
- **... bzw Abschlussgrund**: Hier bitte nur eine Antwort ankreuzen.
- **Besonderheiten und Probleme während der Versorgung**: Alle Besonderheiten für die im Doku-Bogen kein Platz war, die aber erwähnt werden sollten und von allgemeinem Interesse sein könnten, sollen hier angegeben werden. Bitte hier die eventuell während der SAPV-Versorgung aufgetretenen Probleme benennen.