

Spezialisierte ambulante Palliativversorgung nach § 37b SGB V und SAPV-Richtlinie

Behandlungsvertrag

Name, Vorname, geb. am

Straße, HausNr.

PLZ, Wohnort

Ich leide an einer unheilbaren, fortschreitenden und weit fortgeschrittenen Krankheit mit begrenzter Lebenserwartung und möchte nach Möglichkeit in der verbleibenden Zeit bis zuletzt in meiner vertrauten Umgebung verbleiben. Mein behandelnder Arzt hat mir dazu eine spezialisierte ambulante Palliativversorgung (SAPV) verordnet. Ich habe einen gesetzlichen Anspruch auf die dafür erforderlichen Leistungen (§ 37b SGB V).

Ich beauftrage Teamname einfügen, alle Leistungen der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung zu erbringen, die in Ergänzung zur Regelversorgung durch niedergelassene Vertragsärzte der Krankenkassen und / oder Pflegedienste erforderlich sind, um meine Lebensqualität zu erhalten, Krankheitsauswirkungen zu lindern und nach Möglichkeit ein Verbleiben in meinem häuslichen Umfeld zu gewährleisten.

Mit dem beiliegenden Formblatt beantrage ich bei meiner Krankenkasse die Kostenübernahme für die verordnete Palliativversorgung. Aufgrund meines aktuellen Erkrankungszustandes ist eine sofortige Aufnahme der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung erforderlich und wird hiermit vereinbart.

Falls meine Krankenkasse nicht innerhalb von 2 Werktagen auf meinen Antrag antwortet oder die Kostenübernahme ablehnt, beauftrage ich Teamname einfügen, meinen Antrag auf einstweilige Verfügung zur Anordnung der Kostenübernahme an das für meinen Aufenthaltsort zuständige Sozialgericht zu übermitteln. Im Hinblick auf diese Vollmacht bitte ich den Schriftverkehr hauptsächlich an Teamname einfügen zu senden.

Endet die Notwendigkeit der Leistungserbringung nach den Bestimmungen der SAPV-Richtlinie vor Ablauf des Ordnungszeitraumes, so erlischt damit auch der Anspruch auf Leistungen und Kostenübernahme. Sollte eine spezialisierte ambulante Palliativversorgung dagegen über den Ordnungszeitraum hinaus erforderlich sein, so ist vor Ablauf des genehmigten Zeitraums eine Folgeverordnung bei der Krankenkasse einzureichen.

Ich gestatte ausdrücklich die vertrauliche Weitergabe meiner persönlichen und behandlungsrelevanten Daten an alle mit meiner Palliativversorgung befassten Personen, an die Krankenkasse und gegebenenfalls an das Gericht. Diese sind zur Wahrung des Behandlungsgeheimnisses verpflichtet.

Ort, Datum

Unterschrift des Patienten

Trägerbezeichnung
Teamname
Strasse und Nr
PLZ und Ort

Institutionskennzeichen: xyz
Ansprechpartner: Dr. Noname & Sister Lala
Telefon: eure nummer
Telefax: euer fax

Ort, Datum

Unterschrift