

**SAPV-KJ**  
Tel.: (0871) 852-1077  
Fax: (0871) 852-1418  
E-mail: [kinderpalliativteam@st-marien-la.de](mailto:kinderpalliativteam@st-marien-la.de)

## Einwilligungserklärung Datenschutz

Ich willige der Weitergabe und Verarbeitung meiner Behandlungsdaten und Befunde zum Zwecke der Dokumentation und Weiterbehandlung durch die Kinderkrankenhaus St. Marien gGmbH ein. Diese Einwilligungserklärung ist freiwillig und kann jederzeit ohne Angabe von Gründen gegenüber der Kinderkrankenhaus St. Marien gGmbH widerrufen werden. Der Widerruf gilt ab dem Zeitpunkt, zu dem er ausgesprochen wird.

---

Datum

Name des gesetzl. Vertreters in Druckbuchstaben

---

Unterschrift des gesetzl. Vertreters

## Anforderung einer SAPV

Spezialisierte ambulante Palliativversorgung (SAPV) für Kinder, Jugendliche und junge Erwachsene

Sehr geehrte Kolleginnen und Kollegen,

die SAPV für Kinder, Jugendliche und junge Erwachsene erfordert eine dezidierte Indikationsstellung durch den verordnenden Arzt. Mit Hilfe dieses Anforderungsformulars möchten wir gemeinsam mit Ihnen prüfen, inwieweit die Indikation für die Erbringung einer SAPV bei der Patientin/beim Patienten vorliegt.

---

Vor- und Nachname der Patientin/des Patienten

Geburtsdatum

---

Straße, Hausnummer sowie PLZ, Ort

---

**Anschrift:**  
Kinderkrankenhaus St. Marien gGmbH  
Grillparzerstraße 9 84036 Landshut  
**Bankverbindung:**  
Liga Bank e.G., Regensburg  
IBAN: DE19 7509 0300 0001 3352 78  
BIC: GENODEF1M05

**Kommunikation:**  
Zentrale: Tel.: 0871 852 - 0  
Fax: 0871 212 - 30

[www.kinderkrankenhaus-landshut.de](http://www.kinderkrankenhaus-landshut.de)  
[kinderkrankenhaus@st-marien-la.de](mailto:kinderkrankenhaus@st-marien-la.de)

**Geschäftsführer:**  
Bernhard Brand

**Aufsichtsratsvorsitzende:**  
Schw. M. Christine Mirlach  
Kongregation der Solanusschwestern

**Sitz der Gesellschaft:**  
Landshut, HRB 9742

**Steuer-Nummer:**  
132/147/01000

---

Hauptdiagnose, die eine SAPV begründet

---

weitere Diagnosen

---

weitere Diagnosen

---

weitere Diagnosen

**Anspruchsvoraussetzungen** (alle Punkte müssen zutreffen):

- die Erkrankung ist nicht oder bei potentiell kurativer Therapie wahrscheinlich nicht heilbar (z. B. onkologische Erkrankungen mit ungewissem Ausgang)
- die Erkrankung ist selbst fortschreitend oder die daraus entstehenden Folgebeschwerden (z. B. zerebrale Anfälle, Schluckstörung oder restriktive Ventilationsstörung) nehmen an Schwere zu
- die Erkrankung kann die Lebenserwartung der Patientin/des Patienten begrenzen
- die Patientin/der Patient benötigt eine besonders aufwändige Versorgung, um die Lebensqualität und Selbstbestimmung zu erhalten, zu fördern und zu verbessern
- die anderweitigen ambulanten Versorgungsformen reichen nicht aus, um eine Versorgung in der vertrauten Umgebung bei einer optimierten Symptomkontrolle zu erreichen.

Einen wesentlichen Anhaltspunkt für den Bedarf nach einer besonders aufwändigen Versorgung stellt das **Vorliegen eines komplexen Symptomgeschehens** dar, dessen Behandlung spezifische palliativmedizinische und/oder palliativpflegerische Kenntnisse und Erfahrungen voraussetzt. Folgende klinische Ausprägungen können ein solches komplexes Symptomgeschehen anzeigen:

- ausgeprägte Schmerzsymptomatik (z. B. Ruheschmerzen, Durchbruchschmerzen, therapieresistente Schmerzen, häufig wechselnde Schmerzintensität, schwer behandelbarer Schmerztyp, Schmerzverstärkung durch psychosoziale Faktoren)
- ausgeprägte neurologische/psychiatrische/psychische Symptomatik (z. B. therapieresistente Epilepsie, Spastiken, Sensibilitätsstörungen, Ataxie, Lähmungen mit Aktivitätsbeeinträchtigungen, Seh- oder Hörstörung, Sprachverlust, Orientierungsstörung, Bewusstseinsstörung, Schlafstörung oder Störung des Schlaf-

Wach-Rhythmus, Angstzustände, depressive Zustände, Suizidgedanken, aggressives Verhalten, akute Belastungsreaktion)

- ausgeprägte respiratorische/kardiale Symptomatik (z. B. übermäßige bronchiale Sekretion, Kurzatmigkeit, Ateminsuffizienz, Zyanose, Dyspnoe, belastender Husten, Pleuraerguss, Herzinsuffizienz)
- ausgeprägte gastrointestinale Symptomatik (z. B. Übelkeit, Erbrechen, andauernde Diarrhoe oder Obstipation, Stuhlinkontinenz, Schluckstörung, Mundtrockenheit, Sialorrhö, gastro-ösophagealer Reflux, Mundsoor, Mukositis, reduzierter Ernährungszustand, Inappetenz, Aszites)
- ausgeprägte ulzerierende/exulzerierende Wunden oder Tumore (z. B. Wundheilungsstörung, Hautinfektion, Dekubitus, Ulzeration, Abszesse)
- ausgeprägte urogenitale Symptomatik (z. B. Blasenentleerungsstörung, akuter Harnverhalt, Urininkontinenz, rezidivierende Harnwegsinfektionen, Blutungen im Bereich der Harnwege, Niereninsuffizienz)
- sonstige ausgeprägte Symptomatik (z. B. ausgeprägte Müdigkeit oder Schläfrigkeit, körperliche Schwäche, belastender Juckreiz, Störungen des Elektrolythaushaltes, fehlende Unterstützungsangebote zur häuslichen Versorgung, Probleme bei der Krankheitsverarbeitung, ethische Fragestellung, Beratungs- und anleitungsbedarf der Primärversorgung bei medizinischen, psychosozialen, ethischen Fragestellungen)

### **SAPV für junge Erwachsene**

Eine SAPV von jungen Erwachsenen im Alter von 18 bis einschließlich 27 Jahren ist möglich, wenn mindestens eins der folgenden Kriterien erfüllt ist:

- es liegt ein Krankheitsbild aus dem Fachgebiet der Kinder- und Jugendmedizin, welches in der Vergangenheit bereits durch entsprechend qualifizierte Leistungserbringer versorgt wurde
- es liegt ein dem Kindesalter entsprechender psychomotorischer Entwicklungsstand vor
- es handelt sich um eine „seltene“ Erkrankung, bei der die Prävalenz weniger als fünf von 10.000 Menschen beträgt.

Eine SAPV setzt darüber hinaus das **Einverständnis und den Wunsch der Patientin/des Patienten** bzw. der Familie voraus:

- Die Patientin/der Patient bzw. die Familie wünscht eine SAPV.

Angaben zur **vordergründigen Problematik und Dringlichkeit** einer SAPV (bitte ankreuzen):

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Schmerztherapie          | <input type="checkbox"/> Symptomkontrolle                                  |
| <input type="checkbox"/> Beistand am Lebensende   | <input type="checkbox"/> Gespräche zur vorausschauenden Gesundheitsplanung |
| <input type="checkbox"/> Beratung                 | <input type="checkbox"/> Sozialberatung                                    |
| <input type="checkbox"/> Vermittlung Ehrenamt     | <input type="checkbox"/> Hilfsmittelversorgung                             |
| <input type="checkbox"/> Pflegeprobleme           | <input type="checkbox"/> Organisation                                      |
| <input type="checkbox"/> Psycho-soziale Betreuung | <input type="checkbox"/> Überlastung Angehöriger                           |
| <input type="checkbox"/> Sonstiges:               |  |

---

Datum

ausgefüllt von/Ansprechpartner

---

Kontakt (Telefon/Fax)

**Original zum Verbleib in der Krankenakte.**

Bitte senden Sie uns diese Anforderung gemeinsam mit aussagekräftigen Unterlagen (z. B. Arzt- oder Krankenhausbriefen, Befunde etc.) und Ihren Kontaktdaten an:

**SAPV-KJ**

Kinderkrankenhaus St. Marien gGmbH

Grillparzerstr. 9

84036 Landshut

Tel: 0871/8521077

Fax: 0871/8521418

E-Mail: [kinderpalliativteam@st-marien-la.de](mailto:kinderpalliativteam@st-marien-la.de)

Für Rückfragen oder weitere Informationen stehen wir Ihnen gern zur Verfügung.

Ihr SAPV-KJ Team Landshut