

Antrag auf Durchführung und Abrechnung von substitutionsgestützten Behandlungen von Opioidabhängigen

gemäß Betäubungsmittel-Verschreibungsverordnung

- ☐ Genehmigung der KV _____ liegt vor (Bescheid bitte beilegen.)
☐ Fachkundenachweis _____ liegt vor (Bescheid bitte beilegen.)

1. Allgemeine Angaben (Praxis, Ermächtigung, ärztliche Leitung des MVZ)

Titel	Vorname	Name	LANR (Arzt-Nr.)
Name der Einrichtung			BSNR (Betriebsstätten-Nr.)

2. Die Antragstellung erfolgt

- ☐ für mich persönlich (Im Arztregister bereits eingetragen, dann weiter auf Seite 2)
☐ für _____

Titel	Vorname	Name	LANR (Arzt-Nr.)
-------	---------	------	-----------------

3. Zusätzliche Angaben (wenn noch nicht im Arztregister eingetragen)

Fachgebiet	Schwerpunkt
☐ niedergelassen (zugelassen), ☐ angestellt, ☐ ermächtigt seit: _____ Datum	

4. Ort der Leistungserbringung (wenn noch nicht im Arztregister eingetragen)

- ☐ Betriebsstätte ☐ Nebenbetriebsstätte¹ ☐ ausgelagerte Praxisstätte²

5. Kontaktdaten (wenn noch nicht im Arztregister eingetragen oder abweichend)

Anschrift der Praxis/ des MVZ/ des Krankenhauses bzw. des Wohnortes³

¹ Hinweis: Genehmigung der KVMV erforderlich

² Hinweis: Anzeigepflicht bei der KVMV

³ solange keine Dienstanschrift vorhanden ist

Bitte nutzen, falls kein Fachkundenachweis vorhanden ist.

**Kassenärztliche Vereinigung M-V
Qualitätssicherung
Frau Klammer
Tel: 0385/ 74 31 210
Fax: 0385/ 74 31 66 210**

**Antrag gemäß BtMVV § 5 Abs. 4 auf
Genehmigung zur Durchführung und Abrechnung von
substitutionsgestützten Behandlungen von Opioidabhängigen
mit einem Konsiliarius, GOP 01949, 01950, 01951, 01952, 01960**

Abs. 4:

„Erfüllt der Arzt nicht die Anforderungen an eine suchtmmedizinische Qualifikation
(Zusatzbezeichnung „Suchtmmedizinische Grundversorgung“) muss er

1. sich zu Beginn der Behandlung mit einem suchtmmedizinisch qualifizierten Arzt abstimmen sowie
2. sicherstellen, dass sich der Patient zu Beginn der Behandlung und mindestens einmal in jedem Quartal dem suchtmmedizinisch qualifizierten Arzt im Rahmen einer Konsiliarbehandlung vorstellt.“

Mein Konsiliarius ist:

Stempel/Unterschrift

Ort / Datum