

Name, Vorname: \_\_\_\_\_

(Name des Arztes, der die Leistungen erbringen soll)

Eintragsnummer der KVSH: \_\_\_\_\_

(Die Nummer finden Sie auf Ihrem Arztregisterauszug)

oder LANR: \_\_\_\_\_

**Antrag auf Erteilung einer Genehmigung zur Durchführung und Abrechnung von genehmigungspflichtigen Leistungen gemäß den auf § 135 Abs. 1 SGB V beruhenden Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses (Richtlinie Methoden vertragsärztliche Versorgung) zur substituionsgestützten Behandlung Opioidabhängiger**

<p><b>Allgemeine Hinweise</b></p>	<p>Bitte beachten Sie, dass</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ die Vollständigkeit des Antrages inkl. Nachweise – sofern diese nicht bereits vorliegen (z. B. im Arztregister) – Voraussetzung für die Antragsbearbeitung und Genehmigungserteilung ist.</li> <li>▪ Zeugnisse und Bescheinigungen nur im Original oder als beglaubigte Fotokopie anerkannt werden können.</li> <li>▪ die beantragten Leistungen im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung erst mit Erteilung der Genehmigung erbracht werden dürfen.</li> <li>▪ eine rückwirkende Genehmigung grundsätzlich nicht möglich ist.</li> </ul>	
<p><b>Leistungen</b></p>	<input type="checkbox"/>  <input type="checkbox"/>	<p>01949, 01950, 01951, 01952, 01953 und 01960 EBM (ausschließlich von Ärzten mit der Zusatzweiterbildung „Suchtmedizinische Grundversorgung“)</p> <p>01949, 01950, 01951, 01952 und 01953 EBM (ausschließlich von Ärzten nach der Konsiliaris-Regelung)</p>
<p><b>Betriebsstätten</b></p>	<p>Die Genehmigung wird für folgende Betriebsstätte/n beantragt:</p> <p>(N)BSNR: _____</p>	
<p><b>Fachliche Voraussetzungen</b></p>	<input type="checkbox"/>  <input type="checkbox"/>	<p>Zusatzweiterbildung „Suchtmedizinische Grundversorgung“ im Umfang von 50 Stunden gem. § 5 Abs. 3 Betäubungsmittel-Verschreibungsverordnung (BtMVV) <b>-bitte beifügen-</b></p> <p>Die zur finanziellen Förderung des Erwerbs der Zusatzweiterbildung „Suchtmedizinische Grundversorgung“ notwendigen Unterlagen/Rechnungen (Kosten Kursgebühr) <b>-bitte beifügen-</b></p>

<b>Fachliche Voraussetzungen</b>	<input type="checkbox"/>	<p>Konsiliarius-Regelung gem. § 5 Abs. 4 Betäubungsmittel-Verschreibungsverordnung (BtMVV)</p> <p>Als Konsiliarius, dem die Patienten (höchstens 10) jeweils zu Beginn der Behandlung und weiterhin mindestens einmal im Quartal vorgestellt werden, fungiert:</p> <p>_____</p>
<b>Hinweis zum Datenschutz</b>	<p>Die Informationen nach Art. 13 und 14 EU-Datenschutz-Grundverordnung (Datenschutzhinweise) finden Sie unter <a href="http://www.kvsh.de">www.kvsh.de</a>. Auf Wunsch senden wir Ihnen diese Informationen auch gerne in Textform zu.</p>	
<b>Einverständnis zum Datenschutz</b>	<p>Hiermit gebe ich meine Zustimmung, dass die für die Antragsbearbeitung zuständigen Mitarbeiter der KVSH folgende Unterlagen aus meiner Arztregisterakte und ggf. der derzeitigen Akte des Zulassungsausschusses einsehen und wenn notwendig zur Antragsbearbeitung heranziehen dürfen:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Urkunde der Facharztanerkennung</li> <li>▪ Urkunde einer ggf. erworbenen Schwerpunktbezeichnung</li> <li>▪ Urkunde einer ggf. erworbenen Zusatzbezeichnung</li> <li>▪ Arbeitszeugnisse</li> </ul>	<input type="checkbox"/>
<b>Zustimmung</b>	<p>Ich bestätige, die Methoden vertragsärztliche Versorgung (MVV-RL) zur Kenntnis genommen zu haben.</p> <p>Ich bin damit einverstanden, dass die Kassenärztliche Vereinigung die zuständige Qualitätssicherungskommission beauftragen kann, die apparativen, räumlichen und organisatorischen Gegebenheiten in der Praxis bzw. Einrichtung daraufhin zu prüfen, ob sie den Bestimmungen dieser Richtlinie entsprechen.</p>	<input type="checkbox"/>  <input type="checkbox"/>

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Praxisstempel

\_\_\_\_\_  
Unterschrift

**Gilt nur bei angestellten Ärzten im MVZ bzw. in einer Praxis:**

\_\_\_\_\_  
Unterschrift bei MVZ oder Praxis  
Ärztlicher Leiter bzw. anstellender Arzt

\_\_\_\_\_  
Unterschrift bei GmbH  
Geschäftsführer des MVZ

\_\_\_\_\_  
Unterschrift  
ausführender, angestellter Arzt