







**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>Ich stelle den Antrag <input type="checkbox"/> für mich</p> <p><b>Angaben des Antragstellers:</b> (bitte immer ausfüllen)</p> <p>Vorname: <input type="text"/></p> <p>Zuname: <input type="text"/></p> <p><b>Praxisanschrift</b></p> <p>PLZ, Ort: <input type="text"/></p> <p>Straße: <input type="text"/></p> <p>LANR: <input type="text"/></p> <p> <input type="text"/></p> <p> <input type="text"/></p> <p> <input type="text"/></p>	<p><input type="checkbox"/> für meinen angestellten Arzt<sup>1</sup></p> <p><b>Angaben zum angestellten Arzt, der die beantragten Leistungen durchführen soll:</b></p> <p>Vorname: <input type="text"/></p> <p>Zuname: <input type="text"/></p> <p><b>Privatanschrift</b></p> <p>PLZ, Ort: <input type="text"/></p> <p>Straße: <input type="text"/></p> <p>LANR: <input type="text"/></p> <p> <input type="text"/></p> <p> <input type="text"/></p> <p> <input type="text"/></p>
---	---

<p><b>Tätig in:</b> Zulassung <input type="checkbox"/></p> <p>Anstellung <input type="checkbox"/></p> <p>Ermächtigung <input type="checkbox"/></p>	<p>ab dem: <input type="text"/></p>
--	-------------------------------------

<p><b>Die Genehmigung wird für folgende Betriebsstätte/n beantragt:</b></p>	
1. BSNR: <input type="text"/>	4. BSNR: <input type="text"/>
2. BSNR: <input type="text"/>	5. BSNR: <input type="text"/>
3. BSNR: <input type="text"/>	

<sup>1</sup> Wenn aus Gründen der Lesbarkeit die männliche Form eines Wortes genutzt wird („der Arzt“), sind hiermit selbstverständlich alle Geschlechter gemeint.

Beantragte Leistungen	<input type="checkbox"/>	01949, 01950, 01951, 01952, 01953 und 01960 EBM (ausschließlich von Ärzten mit der Zusatzweiterbildung „Suchtmedizinische Grundversorgung“)	
	<input type="checkbox"/>	01949, 01950, 01951, 01952 und 01953 EBM (ausschließlich von Ärzten nach der Konsiliarius-Regelung)	
Fachliche Voraussetzungen	<input type="checkbox"/>	Zusatzweiterbildung „Suchtmedizinische Grundversorgung“ im Umfang von 50 Stunden gem. § 5 Abs. 3 Betäubungsmittel-Verschreibungsverordnung (BtMVV)	
	<input type="checkbox"/>	Die zur finanziellen Förderung des Erwerbs der Zusatzweiterbildung „Suchtmedizinische Grundversorgung“ notwendigen Unterlagen/Rechnungen (Kosten Kursgebühr)	
	<input type="checkbox"/>	Konsiliarius-Regelung gem. § 5 Abs. 4 Betäubungsmittel-Verschreibungsverordnung (BtMVV)  Als Konsiliarius, dem die Patienten (höchstens 10) jeweils zu Beginn der Behandlung und weiterhin mindestens einmal im Quartal vorgestellt werden, fungiert: _____	
Allgemeine Hinweise	<ul style="list-style-type: none"> <li>☛ Zeugnisse und Bescheinigungen können nur im Original oder als beglaubigte Fotokopie anerkannt werden.</li> <li>☛ Die beantragten Leistungen dürfen im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung erst mit Erteilung der Genehmigung erbracht werden. Eine rückwirkende Genehmigung ist grundsätzlich nicht möglich.</li> </ul>		
Hinweis zum Datenschutz	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.		
Einverständnis zum Datenschutz	Hiermit gebe ich meine Zustimmung, dass die für die Antragsbearbeitung zuständigen Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen der KVSH folgende Unterlagen aus meiner Arztregisterakte und ggf. der derzeitigen Akte des Zulassungsausschusses einsehen und wenn notwendig zur Antragsbearbeitung heranziehen dürfen: <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>	ja	nein
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Ich bestätige, die Methoden vertragsärztliche Versorgung (MVV-RL) zur Kenntnis genommen zu haben und 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 überprüfen, ob sie den Bestimmungen dieser Richtlinie entsprechen.

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

Praxisstempel \_\_\_\_\_

Unterschrift \_\_\_\_\_

Gilt nur bei ange- stellten Ärzten im MVZ bzw. in einer Praxis	
	Unterschrift des ärztlichen Leiters des MVZ bzw. anstellenden Arztes der Praxis
	bei GmbH Unterschrift des Geschäftsführers des MVZ
	Unterschrift ausführender, angestellter Arzt