

Antrag auf Genehmigung:

Substitutionsgestützte Behandlung Opioidabhängiger (Richtlinie Methoden vertragsärztliche Versorgung: Anlage I Nr. 2)

Name, Vorname: _____

(Name des Arztes¹, der die Leistungen erbringen soll)

LANR: _____

oder

Eintragungsnummer der KVSH: _____

(Die Nummer finden Sie auf Ihrem Arztregisterauszug)

Hinweise

- **WICHTIG** Der eingereichte Antrag inkl. Nachweise wird digitalisiert und anschließend vernichtet. Bitte senden Sie daher die Unterlagen in Kopie ohne Heftung und Klammerung zu.
- Die beantragten Leistungen dürfen erst mit Erteilung der Genehmigung erbracht werden.
- Eine rückwirkende Genehmigung ist grundsätzlich nicht möglich.
- Die Informationen nach Art. 13 und 14 EU-Datenschutz-Grundverordnung finden Sie unter www.kvsh.de/datenschutz.

Einverständnis zur Datenübermittlung

- Notwendige Angaben und Urkunden (wie z. B. Facharztanerkennung, Arbeitszeugnisse) dürfen in den Akten des Arztregisters, des Zulassungsausschusses oder der Ärztekammer eingesehen und kopiert werden.
- Der ausführende Arzt hat bereits durch die KV _____ eine entsprechende Genehmigung erhalten und beantragt diese im gleichen Umfang. In den letzten vier Quartalen wurden die dazugehörigen Leistungen abgerechnet sowie der Nachweis der Fortbildungspflicht nach § 95d SGB V erbracht.

***Hinweis: Damit entfällt die Zusendung von Nachweisen der „Voraussetzungen“.**

Betriebsstätten

Die Genehmigung wird für folgende Betriebsstätten beantragt: - bitte (N)BSNR oder Standort angeben -

1. _____
2. _____
3. _____

- alle mir erteilten Betriebsstätten

Voraussetzungen* -bitte beifügen-

Suchtmedizinisch qualifizierter Arzt gemäß § 5 Abs. 3 Betäubungsmittel-Verschreibungsverordnung

- oder
Facharzt für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie bzw. Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie erworben nach dem 29.08.2012 (Weiterbildungsordnung vom 25. Mai 2011)

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

- Suchtmedizinisch nicht qualifizierter Arzt gemäß § 5 Abs. 4 der Betäubungsmittel-Verschreibungsverordnung

Finanzielle Förderung für den Erwerb der Zusatz-Weiterbildung „Suchtmedizinische Grundversorgung“

- Die Förderung nach dem Strukturfonds der KVSH wird in Anspruch genommen **-bitte Rechnung beifügen-**

Substitution mit Diamorphin

Ich habe zur Kenntnis genommen, dass für die gemäß § 5a Betäubungsmittel-Verschreibungsverordnung mögliche Substitution mit Diamorphin zusätzliche Voraussetzungen gelten und somit nicht Gegenstand dieses Antrages ist. Sofern ich eine Genehmigung zur Substitution mit Diamorphin beantragen möchte, werde ich mich mit der Abteilung Qualitätssicherung in Verbindung setzen.

Unterschrift(en)

Datum

ggf. Praxisstempel

Praxisinhaber Vertragsarztpraxis / Geschäftsführung MVZ

Bei Eintragungen im Punkt **Einverständnis zur Datenübermittlung**
ist zusätzlich die Unterschrift der angestellten Person notwendig:

Angestellte Person