

**A n t r a g**

auf Genehmigung zur Durchführung und Abrechnung der
substitutionsgestützten Behandlung Opioidabhängiger gemäß Anlage I
Nr. 2 der Richtlinien Methoden vertragsärztliche Versorgung (RL-MVV)



Für die Antragsbearbeitung müssen alle nachstehenden Felder
vollständig und leserlich ausgefüllt werden.

Der Antrag wird gestellt für:

Name

Vorname

Geburtsdatum:

LANR, sofern bekannt:

Zugelassen **oder** angestellt ab:
oder persönlich ermächtigt

Anstellung bei:

Facharztanerkennung als:

Geplante Aufnahme der Tätigkeit:

Aktuelle Kontaktdaten:

Adresse:

Telefon:

Fax:

E-Mail:

Genehmigung durch andere KV

Für dieses Antragsverfahren ist bereits eine Genehmigung von der

KV _____ erteilt worden.

Eine Fotokopie liegt bei.

Fachliche Voraussetzungen

Zutreffendes bitte ankreuzen

Ich habe die Zusatz-Weiterbildung „Suchtmedizinische Grundversorgung“ abgeschlossen.

Eine Kopie der Urkunde ist dem Antrag beigefügt.

Die Meldepflicht gemäß § 4 RL-MVV wird erfüllt.

Mir ist bekannt, dass die Zahl der zu substituierenden Opioidabhängigen auf **50** begrenzt ist.

oder

Ich verfüge **nicht** über die Zusatz-Weiterbildung „Suchtmedizinische Grundversorgung“ und verpflichte mich zur Erfüllung folgender Voraussetzungen (§ 5 Abs. 4 BtMVV):

Die Zahl der zu substituierenden Opioidabhängigen von maximal **10** wird eingehalten.

Die Substitutionsbehandlung wird mit dem Konsiliarius (Arzt mit der Zusatzweiterbildung „Suchtmedizinische Grundversorgung“) abgestimmt.

Es wird sichergestellt, dass die Patienten zu Beginn der Behandlung und dann laufend mindestens einmal im Quartal dem Konsiliarius vorgestellt werden.

Die Meldepflicht gemäß § 4 RL-MVV wird erfüllt.

Ich verpflichte mich zur Erstellung einer ordnungsgemäßen Dokumentation und werde diese auf Verlangen der Kassenärztlichen Vereinigung Westfalen-Lippe zur Qualitätssicherung vorlegen (§§ 6 und 8 der RL-MVV).

Mit meiner Unterschrift

- bestätige ich, dass ich Änderungen unverzüglich mitteilen werde.
- bestätige ich, die einschlägigen gesetzlichen Bestimmungen, insbesondere die Vorgaben der Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses zur substitionsgestützten Behandlung Opioidabhängiger (RL-MVV), das Betäubungsmittelgesetz (BtMG), die Betäubungsmittelverschreibungsverordnung (BtMVV) sowie die Richtlinien der Bundesärztekammer (RL-BÄK) zu beachten.
- erkläre ich mich damit einverstanden, dass die Kassenärztliche Vereinigung Westfalen-Lippe gemäß § 10 Abs. 5 der RL-MVV die zuständige Qualitätssicherungskommission beauftragen kann, die räumlichen, organisatorischen und apparativen Gegebenheiten daraufhin zu überprüfen, ob sie den Bestimmungen dieser Richtlinie entsprechen.
- erkläre ich mich mit der Veröffentlichung meines Namens und meiner Praxisanschrift zum Zwecke der Patientenzuweisung auf den Internetseiten der KVWL einverstanden.

Ort u. Datum

**Unterschrift des Antragstellers
(ggf. Vertragsarztstempel)**