

**Antrag auf Genehmigung:  
Substitutionsgestützte Behandlung Opioidabhängiger (Richtlinie Methoden vertragsärztliche  
Versorgung: Anlage I Nr. 2)**

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

(Name des Arztes<sup>1</sup>, 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](http://www.kvsh.de/datenschutz).

**Einverständnis zur Datenübermittlung** – damit entfällt die Zusendung von Nachweisen der „Fachlichen Voraussetzungen“

- Notwendige Angaben und Urkunden (wie z. B. Facharztanerkennung, Arbeitszeugnisse) dürfen in den Akten des Arztregisters, des Zulassungsausschusses oder der Ärztekammer eingesehen und kopiert werden.
- Die ausführende Person 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. Entsprechende Unterlagen dürfen bei der vorgenannten KV angefordert werden.

**Betriebsstätten**

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

1. \_\_\_\_\_
2. \_\_\_\_\_
3. \_\_\_\_\_

- alle mir erteilten Betriebsstätten

**Teilnahme als**

- Suchtmedizinisch nicht qualifizierter Arzt gemäß § 5 Abs. 4 der Betäubungsmittel-Verschreibungsverordnung
- Suchtmedizinisch qualifizierter Arzt gemäß § 5 Abs. 3 Betäubungsmittel-Verschreibungsverordnung
- Zusatz-Weiterbildung Suchtmedizinische Grundversorgung -bitte beifügen-
- oder

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

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

### **Finanzielle Förderung** -bitte Rechnung beifügen-

---

- Die finanzielle Förderung für den Erwerb der Zusatz-Weiterbildung „Suchtmedizinische Grundversorgung“ nach dem Strukturfonds der KVSH wird in Anspruch genommen.

### **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.

### **Erklärung**

---

- Mit der Unterschrift wird bestätigt, dass die KVSH die Qualitätssicherungs-Kommission beauftragen kann, die apparativen, räumlichen und organisatorischen Gegebenheiten in der Praxis bzw. Einrichtung zu überprüfen (§ 10 Abs. 5).

### **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