



KVBB

Kassenärztliche Vereinigung
Brandenburg

Kassenärztliche Vereinigung Brandenburg
Fachbereich Qualitätssicherung
Postfach 60 08 61
14408 Potsdam

Körperschaft des öffentlichen Rechts

Unternehmensbereich
Qualitätssicherung / Sicherstellung

A N T R A G

auf Genehmigung zur Ausführung von Leistungen substitutionsgestützter Behandlung
Opiatabhängiger nach den Richtlinien über die Bewertung ärztlicher Untersuchungs- und
Behandlungsmethoden gem. § 135 Abs. 1 SGB V

-

I. Angaben zur Person / zur Tätigkeit:

Name: _____ Vorname: _____

LANR: _____

FA für: _____

Praxisanschrift: _____

Tätigkeit in / als:

Eigener Niederlassung

Angestellter Arzt in einer Einr. / im MVZ

Angestellter Arzt in einer Arztpraxis

bei: _____

Die beantragten Leistungen werden in folgender/en Nebenbetriebsstätte/n erbracht (ggf. Beiblatt
beilegen, falls mehr als zwei Nebenbetriebsstätten):

Angabe nur erforderlich, wenn abweichend von der Praxisanschrift

1. _____
(Adresse)

2. _____
(Adresse)

II. Beantragte Leistungen

- zur Substitutionsbehandlung Opiatabhängiger
- oder**
- zur Substitutionsbehandlung Opiatabhängiger unter konsiliarischer Begleitung eines qualifizierten Kollegen (bis max. zehn Patienten gemäß § 5 Abs. 4 BtMVV)

III. Fachliche Anforderungen

Die fachliche Befähigung für die Ausführung und Abrechnung von Leistungen der substituionsgestützten Behandlung Opiatabhängiger gilt als nachgewiesen, wenn folgende Voraussetzungen erfüllt und durch Zeugnisse und Bescheinigungen nachgewiesen werden **(als Anlage beifügen)**:

- Fachkunde Suchtmedizinische Grundversorgung
- oder**
- Erklärung des Konsiliarius (Vordruck M 1)

IV. Abrechnungsgenehmigung durch andere KV

Ich habe bereits eine Abrechnungsgenehmigung der KV..... amerhalten. Eine Durchschrift / Fotokopie dieser Genehmigung liegt bei.

Im Falle einer Genehmigung bin ich einverstanden
 nicht einverstanden
dass mein Name an Kollegen bzw. Institutionen weitergegeben wird.

Datum

Unterschrift des Antragstellers

Im Falle der Anstellung:
Unterschrift Ärztl. Leiter der
Einrichtung/MVZ
bzw. Unterschrift des Praxisinhabers

Hinweis:

Die beantragten Leistungen dürfen erst mit erteilter Genehmigung durchgeführt werden. Die Genehmigung kann nicht nachträglich mit Wirkung für die Vergangenheit, also mit Rückwirkung, erteilt werden.

Bei Nachfragen zum Antrag können Sie uns unter folgender E-Mail-Adresse kontaktieren:
qs@kvbb.de