Kassenärztliche Vereinigung Hamburg
Abteilung Genehmigung
Postfach 76 06 20
22056 Hamburg

Arztstempel

Substitutionsgestützte Behandlung Opioidabhängiger
Formular zur Vorlage bei dem mitbetreuenden Arzt nach § 5 Abs. 3 BtMVV

Allgemeine Hinweise:

Antragsteller ist die Arztpraxis. Arztpraxis in diesem Sinne ist der Vertragsarzt in Einzelpraxis, eine Berufsausübungsgemeinschaft (BAG), der Träger eines zugelassenen Medizinischen Versorgungszentrums (MVZ), ermächtigtes Institut oder ein ermächtigter Arzt. Die Genehmigung wird arzt- und betriebsstättenbezogen erteilt

Die Personenbezeichnungen werden einheitlich und neutral sowohl für die weibliche, männliche als auch diverse Form verwendet

Bitte füllen Sie die Bescheinigung volllständig und in Druckbuchstaben aus

Patientenname (Nachname, Vorname, Geb.Datum)

Kostenträger

Hiermit bescheinige ich, dass die Substitutionsbehandlung des o.g. Patienten(in) von mir konsiliarisch betreut wird.

Der Patient war im_____ Quartal_____ in meiner Praxis.

_____
Datum, Unterschrift

Bitte lassen Sie dieses Formular vierteljährlich von dem mitbetreuenden Arzt unterschreiben.