

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 vollständig 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.