

Antrag auf Erhöhung der Patientenzahl zur substitutionsgestützten Behandlung Opioidabhängiger gemäß Anlage I Nr. 2 der Richtlinien Methoden vertragsärztliche Versorgung

Der Antrag für angestellte Ärzte ist vom Arbeitgeber zu stellen!
(Anstellender Arzt der Einzelpraxis bzw. vom Geschäftsführer des MVZ/Krankenhauses/Institutes bzw. vom Verantwortlichen der BAG)

Kreuzen Sie bitte Zutreffendes an und ergänzen fehlende Angaben in den markierten Feldern!

Ich Antrag – gilt nur für mich <input type="checkbox"/>	für den angestellten Arzt <input type="checkbox"/>
Vor- und Zuname des Antragstellers bzw. Bezeichnung des MVZ /Krankenhauses /Institutes bzw. der BAG Bitte immer ausfüllen	in der Einzelpraxis bzw. im MVZ bzw. im Krankenhaus/Institut bzw. in der BAG Vor- und Zuname des angestellten Arztes, der die Leistungen ausführen soll. Bitte immer ausfüllen
LANR:	LANR:
Ich verfüge über eine Genehmigung nach der o. g. Richtlinie. Diese ist auf die Substitution von 50 opiatabhängigen Patienten beschränkt.	
Ich beantrage gemäß § 10 Abs. 4 Satz 3 zur Sicherstellung der Versorgung die Erhöhung der Patientenzahl zur substitutionsgestützten Behandlung Opioidabhängiger auf _____	
Aus folgenden Gründen ist eine Erweiterung des Genehmigungsumfangs auf die o. g. Patientenzahl erforderlich: (ggf. ein gesondertes Blatt beifügen)	

1. Zur Prüfung des Antrags bitten wir um die nachfolgenden Angaben:	
Angaben zur Anzahl der Patienten, einschließlich der Privat-Substituierten, die sich aktuell in der Substitutionsbehandlung befinden:	
Anzahl insgesamt:	
Anzahl Take-Home:	
Anzahl tägliche Vergabe:	
Mit wie vielen Substitutionspatienten haben Sie pro Tag einen persönlichen Arzt-/Patientenkontakt? (Gespräche, Untersuchungen, etc.)	

2.	Angaben zur Regelung der Substitutionsbehandlung in der Praxis (Räumlichkeiten, Handlungsanweisungen, Herstellung und Lagerung des Substituts)

3.	Angaben zur Vorbeugung einer Szenebildung in der Umgebung der Praxis (Gibt es bereits Probleme in der Umgebung der Praxis (Kriminalität, Dealen, Müllprobleme)?)

4.	Angaben zur Häufigkeit der stattfindenden Arzt-Patientenkontakte im Rahmen der Substitution

5.	Angaben zur Ausgabe des Substituts (Zeitpunkt oder Zeitkorridor: täglich, am Wochenende, Regelungen bei Zeitversäumnis der Patienten)

6.	Angaben zur Regelung der psychosozialen Betreuung (in der Drogenberatungsstelle, in der Praxis)

7. Angaben zur Teilnahme an einem speziellen suchtmmedizinischen Qualitätszirkel	
<input type="checkbox"/> ja Wie oft tagt der Zirkel? _____ Wie oft haben Sie in den letzten 12 Monaten teilgenommen? _____ Die Teilnahmebescheinigung füge ich bei. <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> nein Bitte um Begründung

8. Angaben zur Einschätzung der lokalen Drogenberatung und der aktuellen Versorgungssituation Drogenabhängiger	

9. Angabe aus welchen kommunalen Bereichen Substitutionspatienten versorgt werden (Wohnorte der Patienten, Einzugsgebiet, Fluktuation)	

Mit meiner Unterschrift bestätige ich die Richtigkeit der v. g. Angaben.

Ort, Datum

Unterschrift des Antragstellers
(ggf. Vertragsarztstempel)