

Postanschrift:
KV Nordrhein
Abteilung Qualitätssicherung
40182 Düsseldorf

Kontakt: Christine Fischer
Telefon: (0211) 5970-8519

Telefax: (0211) 5970-33124
E-Mail: methadon@kvno.de

Antrag auf Erteilung der Genehmigung zur Durchführung von Substitutionsleistungen

■ gemäß der Anlage I Nr. 2 der Richtlinie des Gemeinsamen
Bundesausschusses zu Untersuchungs- und Behandlungsmethoden der
vertragsärztlichen Versorgung in der derzeit gültigen Fassung

Name:

LANR:(soweit bereits bekannt)

BSNR:(soweit bereits bekannt)

Privatanschrift

Praxisanschrift

Straße:

PLZ/Ort:

Telefon:

Telefax:

E-Mail:

■ Angestellte(r) Ärztin/Arzt bei:

.....

ermächtigte(r) Krankenhausärztin/-arzt seit:

.....

I. Fachliche Qualifikation

1. Ich verfüge über die Zusatzbezeichnung Suchtmedizinische Grundversorgung (Bitte Kopie des Zertifikates beifügen)

2. Ich bin Facharzt für

.....

Einverständniserklärung zur Praxisbegehung

(gemäß § 11 Abs. 5 der Anlage I Nr. 2 der Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses zu Untersuchungs- und Behandlungsmethoden der vertragsärztlichen Versorgung in der derzeit gültigen Fassung)

Hiermit erkläre ich mich einverstanden, dass die zuständige Qualitätssicherungskommission der Kassenärztlichen Vereinigung Nordrhein die Erfüllung der apparativen, räumlichen und organisatorischen Gegebenheiten in meiner/unserer Praxis daraufhin überprüfen kann, ob sie den Bestimmungen der o.g. Richtlinie entspricht.

Mir ist bekannt, dass die Genehmigung zur Substitution nur erteilt wird, wenn ich im Antrag mein Einverständnis zur Durchführung einer solchen Überprüfung erteile.

Ort, Datum

Stempel,
Unterschrift des Antragsstellers

ggf. Unterschrift des
angestellten Arztes