



KVBB

Kassenärztliche Vereinigung
Brandenburg

Kassenärztliche Vereinigung Brandenburg
Fachbereich Qualitätssicherung
Postfach 60 08 61
14408 Potsdam

Körperschaft des öffentlichen Rechts

Unternehmensbereich
Qualitätssicherung / Sicherstellung

Erklärung des Konsiliarius

I. Angaben zur Person / Konsiliarius

Name: _____ Vorname: _____

LANR: _____

FA für: _____

Praxisanschrift: _____

Im Rahmen der Substitutionsbehandlung nach § 5 Absatz 3 BtMVV erkläre ich, dass ich die Voraussetzungen nach § 2 der Richtlinien über die Bewertung ärztlicher Untersuchungs- und Behandlungsmethoden erfülle und als Konsiliarius meinem Kollegen

Name: _____ Vorname: _____

Praxisanschrift: _____

der diese Voraussetzungen nicht erfüllt, für max. 10 Patienten zur Verfügung stehe.

Weiterhin erkläre ich, dass die Voraussetzungen nach § 3 der Richtlinien zur Behandlung Opiatabhängiger für die Dauer der Behandlung erfüllt sind und die Substitution zu Beginn der Behandlung mit mir abgestimmt wurde.

Diese Erklärung ist auf Verlangen der zuständigen Landesbehörde zur Einsicht und Auswertung vorzulegen oder einzusenden.

Ort, Datum

Unterschrift des Vertragsarztes