

Erklärung des Konsiliarius

Im Rahmen der Substitutionsbehandlung erkläre ich, dass ich die Voraussetzungen als suchtmmedizinisch qualifizierter Arzt erfülle und als Konsiliarius meinem Kollegen

Name, Vorname, Praxissitz

der diese Voraussetzungen nicht erfüllt, für den/die nachfolgenden Patienten (maximal 10) zur Verfügung stehe.

Patient: _____

Geb.-Datum: _____

wohnhaft _____

Krankenkasse: _____

Patient: _____

Geb.-Datum: _____

wohnhaft _____

Krankenkasse: _____

Patient: _____

Geb.-Datum: _____

wohnhaft _____

Krankenkasse: _____

Patient: _____

Geb.-Datum: _____

wohnhaft _____

Krankenkasse: _____

Patient: _____

Geb.-Datum: _____

wohnhaft _____

Krankenkasse: _____

Patient: _____

Geb.-Datum: _____

Substitutionsgestützte Behandlung Opioidabhängiger

wohnhaft _____

Krankenkasse: _____

Patient: _____

Geb.-Datum: _____

wohnhaft _____

Krankenkasse: _____

Patient: _____

Geb.-Datum: _____

wohnhaft _____

Krankenkasse: _____

Patient: _____

Geb.-Datum: _____

wohnhaft _____

Krankenkasse: _____

Patient: _____

Geb.-Datum: _____

wohnhaft _____

Krankenkasse: _____

Weiterhin erkläre ich, dass die Voraussetzungen nach § 3 der Richtlinie zur Behandlung Opioidabhängiger für die Dauer der Behandlung erfüllt sind und die Substitution zu Beginn der Behandlung mit mir abgestimmt wurde und mir der Patient einmal im Quartal vorgestellt wird.

Die Erfüllung der Verpflichtungen gemäß BtMVV sind im erforderlichen Umfang und nach dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen Wissenschaft zu dokumentieren. Die Dokumentation ist auf Verlangen der zuständigen Behörde zur Einsicht und Auswertung vorzulegen oder einzusenden.

Diese Erklärung ist quartalsweise der Geschäftsstelle der Qualitätssicherungskommission für substitutionsgestützte Behandlung Opioidabhängiger der KV Saarland vorzulegen, die dann nach Prüfung der Berechtigung zur Substitution die Informationen an die zuständige Abrechnungsabteilung weiterleitet.

Datum

Unterschrift / Stempel