



Postanschrift:  
KV Nordrhein  
Abteilung Qualitätssicherung  
40182 Düsseldorf

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

Kontakt: Jessica Längen  
Telefon: (0211) 5970-8478

**Antrag auf Erteilung der Genehmigung zur Durchführung  
von Substitutionsleistungen**

**Konsiliarregelung**

**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: .....



**Angaben des Konsiliarius:**

Name: .....  
LANR: .....  
BSNR: .....

**Praxisanschrift**

Straße: .....  
PLZ/Ort: .....  
Telefon: .....  
Telefax: .....  
E-Mail: .....

**Einverständniserklärung zur Praxisbegehung**

(gemäß § 10 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

\_\_\_\_\_  
Stempel, Unterschrift Konsiliarius