

An das  
 Bundesinstitut für Arzneimittel  
 und Medizinprodukte  
 - Bundesopiumstelle / Substitutionsregister -

Kurt-Georg-Kiesinger-Allee 3

53175 Bonn

Nur für Vermerke der BOPST

 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

### Meldung gemäß § 5a Abs. 2 BtMVV (Substitutionsregister)

#### 1.a Angaben zum substituierenden Arzt

 Name des substituierenden Arztes Titel

 Vorname des substituierenden Arztes Geburtsdatum

ggf. Name der Klinik, Einrichtung usw.

Straße und Hausnummer (Praxis, Klinik usw.)

Postleitzahl und Ort

 Telefonnummer Fax-Nummer

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

BtM-Nummer des substituierenden Arztes

#### 1.b Angaben zum Konsiliarium (fakultativ)

 Name des Konsiliariums Titel

 Vorname des Konsiliariums Geburtsdatum

ggf. Name der Klinik, Einrichtung usw.

Straße und Hausnummer (Praxis, Klinik usw.)

Postleitzahl und Ort

 Telefonnummer Fax-Nummer

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

BtM-Nummer des Konsiliariums

#### 2. Anmeldung

	Patientencode <sup>1)</sup>	Datum 1. Verschreibung/Vergabe			Art des Substitutionsmittels <sup>2)</sup>																				
		Tag	Monat	Jahr																					
1	<table border="1"><tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr></table>											<table border="1"><tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr></table>			<table border="1"><tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr></table>			<table border="1"><tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr></table>							
2	<table border="1"><tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr></table>											<table border="1"><tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr></table>			<table border="1"><tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr></table>			<table border="1"><tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr></table>							
3	<table border="1"><tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr></table>											<table border="1"><tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr></table>			<table border="1"><tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr></table>			<table border="1"><tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr></table>							
4	<table border="1"><tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr></table>											<table border="1"><tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr></table>			<table border="1"><tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr></table>			<table border="1"><tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr></table>							
5	<table border="1"><tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr></table>											<table border="1"><tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr></table>			<table border="1"><tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr></table>			<table border="1"><tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr></table>							
6	<table border="1"><tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr></table>											<table border="1"><tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr></table>			<table border="1"><tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr></table>			<table border="1"><tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr></table>							

Bitte auch Seite 2 ausfüllen!

Patientencode <sup>1)</sup>		Datum 1. Verschreibung/Vergabe			Art des Substitutionsmittels <sup>2)</sup>
		Tag	Monat	Jahr	
7	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
8	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
9	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
10	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
11	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
12	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
13	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
14	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	

### 3. Abmeldung

Patientencode <sup>1)</sup>		Datum letzte Verschreibg./Vergabe		
		Tag	Monat	Jahr
1	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
2	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
3	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
4	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
5	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
6	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

### 4. Sonstige Anmerkungen des Arztes:

Datum / Arztstempel des substituierenden Arztes / Unterschrift des substituierenden Arztes

1) gemäß § 5a Abs. 2 Satz 2 BtMVV:

1. und 2. Stelle: erster und zweiter Buchstabe des ersten Vornamens

3. und 4. Stelle: erster und zweiter Buchstabe des Familiennamens

Titel wie "Dr." und Namenszusätze wie "von", "de", "van de" etc. sind nicht einzusetzen (Bsp.: Dr. von **S**chwanstein)

5. Stelle: Geschlecht ("F" für weiblich, "M" für männlich)

6. bis 8. Stelle: jeweils letzte Ziffer von Geburtstag, -monat und -jahr (Bsp. **16.07.1968**)

Hinweis: Bitte für Patientencode Großbuchstaben verwenden (Ausnahme "ß") und Umlaute **Ä, Ö, Ü** ebenso eintragen.

2) Wirkstoffbezeichnungen gemäß § 5 Abs. 4 Satz 2 BtMVV:

Buprenorphin, Levomethadon, Methadon, Levacetylmethadol, Codein oder Dihydrocodein