



An das
Bundesinstitut für Arzneimittel
und Medizinprodukte
- Bundesopiumstelle / Substitutionsregister -
Kurt-Georg-Kiesinger-Allee 3
53175 Bonn

Nur für Vermerke der Bundesopiumstelle

Meldung an das Substitutionsregister

gemäß § 5b Absatz 2 Betäubungsmittel-Verschreibungsverordnung (BtMVV)

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 (der Praxis, Klinik usw.)

Postleitzahl und Ort

Telefonnummer

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

BtM-Nummer des substituierenden Arztes

1.b ggf. Angaben zum Konsiliararzt *)

Name des Konsiliararztes Titel

Vorname des Konsiliararztes Geburtsdatum

ggf. Name der Klinik, Einrichtung usw.

Straße und Hausnummer (der Praxis, Klinik usw.)

Postleitzahl und Ort

Telefonnummer

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

BtM-Nummer des Konsiliararztes

2. Anmeldung

	Patientencode **)				Datum 1. Anwendung Subst.mittel			Art des Substitutionsmittels ***)
	Vorn.	Nachn.	G.	Geb-Ziff.	Tag	Monat	Jahr	
1	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<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"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
3	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<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"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
5	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<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"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	

Bitte auch Seite 2 ausfüllen!

Patientencode **)				Datum 1. Anwendung Subst.mittel			Art des Substitutionsmittels ***)
Vorn.	Nachn.	G.	Geb-Ziff.	Tag	Monat	Jahr	
7	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<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"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
9	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<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"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	

3. Abmeldung

Patientencode **)				Datum letzte Anwendung Subst.mittel		
Vorn.	Nachn.	G.	Geb-Ziff.	Tag	Monat	Jahr
1	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<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"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
3	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<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"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
5	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<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"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
7	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<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"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
9	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<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"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

4. Sonstige Anmerkungen des Arztes:

Datum / Unterschrift des substituierenden Arztes / Arztstempel des substituierenden Arztes

*) Angaben zum Konsiliararzt unter 1.b sind erforderlich, sofern der substituierende Arzt nicht die Mindestanforderungen an die suchtmmedizinische Qualifikation erfüllt (§ 5 Absatz 4 BtMVV).

**) Der Patientencode setzt sich wie folgt zusammen (§ 5b Absatz 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**).
Bitte für Patientencode Großbuchstaben verwenden (Ausnahme "ß") und Umlaute **Ä, Ö, Ü** ebenso eintragen.

***) Wirkstoffbezeichnungen:

Buprenorphin, Levomethadon, Methadon, Morphin, Codein, Dihydrocodein oder Diamorphin.

Weitere Informationen zum Meldeverfahren: s. www.bfarm.de im Abschnitt „Bundesopiumstelle“ / „Substitutionsregister“.