



Bundesinstitut für Arzneimittel  
und Medizinprodukte  
- Bundesopiumstelle -  
Kurt-Georg-Kiesinger-Allee 3  
53175 Bonn

## Erst-Anforderung von Betäubungsmittelanforderungsscheinen

Ausgefülltes Formular einschl. Anlagen im Original  
auf dem Postweg an nebenstehende Adresse senden.

Für Vermerke der Bundesopiumstelle:

---

Name, ggf. Geburtsname	Vorname (Rufname)	Titel	Geburtsdatum
------------------------	-------------------	-------	--------------

---

Name des Krankenhauses/Rettungsdienstes/Hospizes/der Tierklinik/SAPV-Einrichtung

---

Name der Abteilung des Krankenhauses bzw. der Tierklinik

---

Straße, Hausnummer (Lieferanschrift)

---

PLZ Ort

---

Tel.-Nr. der Einrichtung E-Mail-Adresse

Ich bin aufgrund meiner Approbation berechtigt als

Ärztin/Arzt
  Zahnärztin/Zahnarzt
  Tierärztin/Tierarzt
 zu praktizieren.

---

Fachrichtung bzw. Gebietsbezeichnung (falls vorhanden)

Ich leite das oben bezeichnete Krankenhaus / die oben bezeichnete Tierklinik.  kommissarisch

Ich leite die Abteilung \_\_\_\_\_  
des oben bezeichneten Krankenhauses / der oben bezeichneten Tierklinik.  kommissarisch

Ich bin leitende Ärztin / leitender Arzt einer **Belegabteilung / Belegstation** des o.a. Krankenhauses.

Ich bin beauftragte Ärztin / bin beauftragter Arzt des oben bezeichneten Rettungsdienstes

Ich bin beauftragte Ärztin / bin beauftragter Arzt der oben bezeichneten Einrichtung der SAPV (§ 5d BtMVV) / des Hospizes

Für dieses Krankenhaus / diese Abteilung / diesen Rettungsdienst / diese Einrichtung der SAPV / dieses Hospiz wurden bereits Betäubungsmittelanforderungsscheine angefordert

von \_\_\_\_\_  
Name und Vorname der Vorgängerin / des Vorgängers.

### Diesem Antrag sind beigelegt:

1. Eine Kopie der Approbationsurkunde und
2. die Bescheinigung der Beauftragung durch den Träger der Einrichtung auf Seite 2.

---

Datum	Eigenhändige ungekürzte Unterschrift der Ärztin / des Arztes (dient als Unterschriftsprobe für künftige Anforderungen)
-------	---



## Bescheinigung des Trägers der Einrichtung

\_\_\_\_\_  
Name des Krankenhauses/Rettungsdienstes/Hospizes/der Tierklinik/ Einrichtung der SAPV

\_\_\_\_\_  
Straße, Hausnummer

\_\_\_\_\_  
PLZ

\_\_\_\_\_  
Ort

bestätigt, dass  Frau  
 Herr

\_\_\_\_\_  
Name, ggf. Geburtsname

\_\_\_\_\_  
Vorname (Rufname)

\_\_\_\_\_  
Titel

- das oben bezeichnete Krankenhaus / die oben bezeichnete Tierklinik  leitet /  kommissarisch leitet
- die Abteilung/Klinik \_\_\_\_\_  
 leitet /  kommissarisch leitet

Die BtM-Anforderungsscheine werden nur an Ärzte, Zahnärzte bzw. Tierärzte, die ein Krankenhaus oder eine Krankenhausabteilung leiten, ausgegeben. Diese können die BtM-Anforderungsscheine den Leitern von Teileinheiten ihres Organisationsbereichs (z.B. Stationen/Sektionen/Fachbereiche) zur Verfügung stellen. Über die Weitergabe ist intern ein Nachweis zu führen. (§10 BtMVV/Anmerkungen/Abs. 2.3)

**bzw.** (nur ankreuzen, wenn oben nichtzutreffend)

- leitende Ärztin / leitender Arzt einer Belegabteilung / Belegstation des o.a. Krankenhauses ist.
- beauftragte Ärztin / beauftragter Arzt des oben bezeichneten Rettungsdienstes ist.
- beauftragte Ärztin / beauftragter Arzt der Einrichtung der SAPV / des Hospizes ist.

In Einrichtungen der SAPV ohne Trägerschaft ist dem Erst-Anforderungsantrag und der Kopie der Approbationsurkunde zusätzlich die Kopie des Schreibens der KBV über die Vergabe einer SAPV-spezifischen Betriebsstätten-Nummer beizufügen.

Eine Versorgung entsprechend den apothekenrechtlichen Regelungen durch eine

- öffentliche Apotheke
- Krankenhausapotheke

liegt vor.

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift und Funktionsbezeichnung des Unterschreibenden

\_\_\_\_\_  
Stempel der Personalverwaltung oder Geschäftsführung  
des Krankenhauses / des Trägers der Einrichtung