



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

- *) Angaben unter 1.b (Konsiliarärztin/-arzt) sind erforderlich, sofern die/der subst. Ärztin/Arzt nicht die Mindestanforderungen an die suchtmmedizinische Qualifikation erfüllt.
- **) Der Patientencode setzt sich wie folgt zusammen:
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 Schwanstein)
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: unter www.bfarm.de im Abschnitt „Bundesopiumstelle“ / „Substitutionsregister“.

Meldung an das Substitutionsregister

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

1.a Substituierende/r Ärztin/Arzt

Name der/des substituierenden Ärztin/Arztes Titel

Vorname der/des subst. Ärztin/Arztes Geburtsdatum

ggf. Name der Klinik, Einrichtung usw.

Straße und Hausnummer (der Praxis, Klinik usw.)

Postleitzahl und Ort

Telefonnummer

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

BtM-Nummer der/des subst. Ärztin/Arztes

1.b ggf. Konsiliarärztin/Konsiliararzt *)

Name der/des Konsiliarärztin/-arztes Titel

Vorname der/des Konsiliarärztin/-arztes Geburtsdatum

ggf. Name der Klinik, Einrichtung usw.

Straße und Hausnummer (der Praxis, Klinik usw.)

Postleitzahl und Ort

Telefonnummer

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

BtM-Nummer der/des Konsiliarärztin/-arztes

2. Anmeldung

Patientencode **)				Datum 1. Anwendung Subst.mittel			Art des Substitutionsmittels ***)
Vorn.	Nachn.	G.	Geb-Ziff.	Tag	Monat	Jahr	

3. Abmeldung

Patientencode **)				Datum letzte Anwendung Subst.mittel		
Vorn.	Nachn.	G.	Geb-Ziff.	Tag	Monat	Jahr

4. Sonstige Anmerkungen der/des subst. Ärztin/Arztes:

Datum / Unterschrift der/des subst. Ärztin/Arztes / Arztstempel der/des subst. Ärztin/Arztes