



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 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	
1	<input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>	
2	<input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>	
3	<input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>	
4	<input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>	
5	<input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>	
6	<input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 20px; height: 20px;" 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 der/des subst. Ärztin/Arztes:

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

\*) Angaben zur/zum Konsiliarärztin/-arzt unter 1.b sind erforderlich, sofern die/der substituierende Ärztin/Arzt nicht die Mindestanforderungen an die suchtmedizinische 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](http://www.bfarm.de) im Abschnitt „Bundesopiumstelle“ / „Substitutionsregister“.