

Alles Gute.



Kassenärztliche Vereinigung Baden-Württemberg

Kassenärztliche Vereinigung Baden-Württemberg  
Geschäftsbereich Zulassung/Sicherstellung  
Sachgebiet 2  
Albstadtweg 11  
70567 Stuttgart

**Absender/Stempel**

Ziel und Zukunft | Telefon 0711 7875-3700 | Fax 0711 7875-483930 | [zielundzukunft@kvbwue.de](mailto:zielundzukunft@kvbwue.de)

# Antrag auf Gewährung einer Förderung für eine suchtmmedizinische Schwerpunktpraxis

im Rahmen des Projekts „Ziel und Zukunft“

Hiermit beantrage ich/beantragen wir

\_\_\_\_\_  
Name

\_\_\_\_\_  
Vorname

\_\_\_\_\_  
ggf. Name Kooperationspartner

\_\_\_\_\_  
Vorname

\_\_\_\_\_  
ggf. Name Kooperationspartner

\_\_\_\_\_  
Vorname

\_\_\_\_\_  
Straße

\_\_\_\_\_  
Nr.

\_\_\_\_\_  
PLZ

\_\_\_\_\_  
Ort

\_\_\_\_\_  
Telefon

\_\_\_\_\_  
E-Mail

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

BSNR

eine Förderung im Rahmen des Projekts „Ziel und Zukunft“.

Die Aufnahme neuer/weiterer Patienten aus dem Bereich substitions-gestützte Behandlung plane ich/planen wir ab dem

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

Datum

Zurzeit betreue ich/betreuen wir pro Quartal: \_\_\_\_\_ Patienten

Ich rechne/wir rechnen mit der Aufnahme von (weiteren): \_\_\_\_\_ Patienten.

Bitte geben Sie im Folgenden genau an, warum Sie mit einer Zunahme von Patienten im Bereich der substitu-  
tionsgestützten Behandlung rechnen. Woher kommen diese Patienten bzw. wie sind diese zuvor versorgt wor-  
den? Wie stellen Sie die Versorgung der Patienten sicher?

Aus folgendem Grund werde ich/werden wir zukünftig mehr Patienten im Rahmen der substituionsgestützten  
Behandlung in unserer Praxis betreuen:

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

Dem Antrag füge ich folgende Unterlagen in Kopie bei:

eine Kopie meiner/unserer Genehmigung für die substituionsgestützte Behandlung Opiatabhängiger nach  
§ 2 der Anlage 2 der „Richtlinie Methoden vertragsärztliche Versorgung“.

### **Erklärung:**

Ich versichere/wir versichern, die oben genannten Angaben wahrheitsgemäß und nach bestem Wissen gemacht  
zu haben. Mir/uns ist bewusst, dass die KVBW nach pflichtgemäßem Ermessen im Rahmen der zur Verfügung  
stehenden Finanzmittel über die Gewährung und die Höhe der Förderung entscheidet. Die KVBW prüft bei  
Antragstellung die aktuelle Sicherstellungssituation. Ein Rechtsanspruch auf die Gewährung der Förderung be-  
steht nicht. Die gültigen Förderbedingungen (vgl. ZuZ-Richtlinie der KVBW), sind mir/uns bekannt.

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift

\_\_\_\_\_  
ggfs. weitere Unterschrift/en (bei Berufsausübungsgemeinschaft)