
Anlage 5b Ergänzungserklärung Leistungserbringer COPD

zur Vereinbarung zur Durchführung der strukturierten Behandlungsprogramme (DMP) nach § 137f SGB V
Asthma bronchiale/COPD
zwischen der Kassenärztlichen Vereinigung Hessen und den Verbänden der Krankenkassen in Hessen

Teilnahmeerklärung des zugelassenen Leistungserbringers zu dem strukturierten Behandlungsprogramm COPD

Kassenärztliche Vereinigung Hessen
Mitgliederservice Sonderverträge
Europa-Allee 90
60486 Frankfurt

Erklärung zu angestellten Ärzten

Bei mir/uns

1. _____
Name und Vorname anstellende(r) Arzt/Ärztin/Geschäftsführer(in) des anstellenden Medizinischen Versorgungszentrums

2. _____
Name und Vorname anstellende(r) Arzt/Ärztin/Geschäftsführer(in) des anstellenden Medizinischen Versorgungszentrums

3. _____
Name und Vorname anstellende(r) Arzt/Ärztin/Geschäftsführer(in) des anstellenden Medizinischen Versorgungszentrums

erbringen nachfolgend genannte in meiner/unserer Praxis/MVZ angestellte Ärztinnen/Ärzte Leistungen im Rahmen des zwischen der Kassenärztlichen Vereinigung Hessen und den Krankenkassen in Hessen geschlossenen **Vertrages zur Umsetzung des Disease-Management-Programms COPD**:

- | | | | |
|----|--|---------------------------------------|----------------|
| 1. | Name _____ | LANR _____ | |
| | Vorname _____ | BSNR _____ | |
| | als koord. Arzt <input type="checkbox"/> | als Facharzt <input type="checkbox"/> | ab Datum _____ |
| | | | |
| 2. | Name _____ | LANR _____ | |
| | Vorname _____ | BSNR _____ | |
| | als koord. Arzt <input type="checkbox"/> | als Facharzt <input type="checkbox"/> | ab Datum _____ |
| | | | |
| 3. | Name _____ | LANR _____ | |
| | Vorname _____ | BSNR _____ | |
| | als koord. Arzt <input type="checkbox"/> | als Facharzt <input type="checkbox"/> | ab Datum _____ |

Nachfolgend genannte in meiner/unserer Praxis/Einrichtung angestellte Ärztinnen/Ärzte **erbringen keine Leistungen mehr** im Rahmen des zwischen der Kassenärztlichen Vereinigung Hessen und den Krankenkassen in Hessen geschlossenen **Vertrages zur Umsetzung des Disease-Management-Programms COPD**:

1. Name _____ LANR _____
Vorname _____ BSNR _____
als koord. Arzt als Facharzt ab Datum _____
2. Name _____ LANR _____
Vorname _____ BSNR _____
als koord. Arzt als Facharzt ab Datum _____
3. Name _____ LANR _____
Vorname _____ BSNR _____
als koord. Arzt als Facharzt ab Datum _____

Ort, Datum

Unterschrift/Unterschriften und Stempel der anstellenden
Ärztinnen/Ärzte bzw. der
Geschäftsführerinnen/Geschäftsführer
des anstellenden Medizinischen Versorgungszentrums