

---

## Anlage 7 Ergänzungserklärung Leistungserbringer

---

zum Vertrag zur Durchführung des strukturierten Behandlungsprogramms nach § 137f SGB V  
Diabetes mellitus Typ 1  
zwischen der Kassenärztlichen Vereinigung Hessen und den Krankenkassen in Hessen

### Teilnahmeerklärung des zugelassenen Leistungserbringers zu dem strukturierten Behandlungsprogramm Diabetes mellitus Typ 1

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 Ärzte Leistungen im Rahmen des zwischen der Kassenärztlichen Vereinigung Hessen und den Krankenkassen in Hessen geschlossenen **Vertrages zur Umsetzung des Disease-Management-Programms Diabetes mellitus Typ 1**:

1. Name \_\_\_\_\_ LANR \_\_\_\_\_  
Vorname \_\_\_\_\_ BSNR \_\_\_\_\_  
als koord. Arzt gem. Ziffer(n)\* \_\_\_\_\_ ab Datum \_\_\_\_\_  
ggf. in Kooperation mit:

-----  
Name \_\_\_\_\_ Straße/Hausnummer \_\_\_\_\_ PLZ, Praxisort \_\_\_\_\_

2. Name \_\_\_\_\_ LANR \_\_\_\_\_  
Vorname \_\_\_\_\_ BSNR \_\_\_\_\_  
als koord. Arzt gem. Ziffer(n)\* \_\_\_\_\_ ab Datum \_\_\_\_\_  
ggf. in Kooperation mit:

-----  
Name \_\_\_\_\_ Straße/Hausnummer \_\_\_\_\_ PLZ, Praxisort \_\_\_\_\_

\*) siehe Erläuterungen auf der folgenden Seite

Nachfolgend genannte in meiner Praxis/Einrichtung angestellte 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 Diabetes mellitus Typ 1**:

1. Name \_\_\_\_\_ LANR \_\_\_\_\_  
Vorname \_\_\_\_\_ BSNR \_\_\_\_\_  
als koord. Arzt gem. Ziffer(n)\* \_\_\_\_\_ ab Datum \_\_\_\_\_
2. Name \_\_\_\_\_ LANR \_\_\_\_\_  
Vorname \_\_\_\_\_ BSNR \_\_\_\_\_  
als koord. Arzt gem. Ziffer(n)\* \_\_\_\_\_ ab Datum \_\_\_\_\_

\*) **1. Diabetologisch qualifizierter Arzt/Einrichtung**  
(§ 3 Abs. 2 i.V.m. Anlage 1 der Vereinbarung)

und ggf. zusätzlich

- 1a)** Einleitung und Dauerbehandlung von Patienten mit Diabetes mellitus Typ 1 mit Insulinpumpentherapie  
**1b)** Behandlung von schwangeren Frauen mit Diabetes mellitus Typ 1  
**1c)** Behandlung von Patienten mit Diabetes mellitus Typ 1 mit diabetischem Fußsyndrom

**2. Diabetologisch qualifizierter Pädiater/pädiatrische Einrichtung**  
(§ 3 Abs. 4 i.V.m. Anlage 2 der Vereinbarung)

- 2a)** Pädiater in Kooperation mit einem Diabetologen  
(§ 3 Abs. 4 i.V.m. Anlage 2 der Vereinbarung)  
**2b)** Diabetologe in Kooperation mit einem Pädiater  
(§ 3 Abs. 4 i.V.m. Anlage 2 der Vereinbarung)

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

\_\_\_\_\_  
Unterschrift/Unterschriften und Stempel der anstellenden  
Ärzte bzw. der Geschäftsführer des anstellenden Medizi-  
nischen Versorgungszentrums