

---

**Anlage 5a**  
**Ergänzungserklärung Leistungserbringer Asthma bronchiale**

---

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 Asthma bronchiale**

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 Asthma bronchiale**:

- |    |  |                                       |                |
|----|--|---------------------------------------|----------------|
| 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 Asthma bronchiale**:

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