
Anlage 5a
Ergänzungserklärung Ärzte 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 Arztes 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 anstellender Arzt/Geschäftsführer des anstellenden Medizinischen Versorgungszentrums

2. _____
Name und Vorname anstellender Arzt/Geschäftsführer des anstellenden Medizinischen Versorgungszentrums

3. _____
Name und Vorname anstellender Arzt/Geschäftsführer des anstellenden Medizinischen Versorgungszentrums

erbringen nachfolgend genannte in meiner Praxis/meinem 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 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/ Praxis/ meinem/ MVZ 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 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
Ärzte bzw. der Geschäftsführer des anstellenden
Medizinischen Versorgungszentrums