

Absender MVZ oder
Anstellende(r) Arzt/Ärztin:

.....
.....
.....
.....

Kassenärztliche Vereinigung Hessen
Mitgliederservice Sonderverträge
Postfach 15 02 04
60062 Frankfurt/Main

Disease-Management-Programme

- Asthma COPD
- Koronare Herzkrankheiten (KHK)
- Diabetes mellitus Typ 1
- Diabetes mellitus Typ 2
- Diabetologische Schwerpunktpraxis

Angestellte/r:

Sehr geehrte Damen und Herren,

hiermit bestätige ich, dass der/die bei mir angestellte Arzt/Ärztin die arzt- und betriebsstättenbezogenen Strukturvoraussetzungen für die Ihnen bereits vorliegenden DMP-Genehmigungen in folgenden Betriebsstätten/Nebenbetriebsstätten im Rahmen der Disease-Management-Programme erfüllt:

- a) _____ **BSNR des Hauptsitzes ab dem** _____
- b) _____ **NBSNR (Nebenbetriebsstätte) ab dem** _____
- c) _____ **NBSNR (Nebenbetriebsstätte) ab dem** _____

Mit freundlichen Grüßen

Ort, Datum

<p>Vertragsarztstempel/Unterschrift anstellende(r) Arztes/Ärztin Geschäftsführer(in) des Medizinischen Versorgungszentrums</p>
