
Anlage 5b
Ergänzungserklärung Ärzte 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 Arztes 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 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 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 _____ |

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 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
Ärzte bzw. der Geschäftsführer des anstellenden
Medizinischen Versorgungszentrums