
Anlage 7a 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 Ärztinnen/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 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 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
Ärztinnen/Ärzte bzw. der
Geschäftsführerinnen/Geschäftsführer
des anstellenden Medizinischen Versorgungszentrums