
Anlage 3a
Ergänzungserklärung Leistungserbringer

zum Vertrag zur Durchführung des strukturierten Behandlungsprogramms nach § 137f SGB V
Diabetes mellitus Typ 2
zwischen der Kassenärztlichen Vereinigung Hessen und den Krankenkassen in Hessen

**Teilnahmeerklärung des zugelassenen Leistungserbringers zu dem
strukturierten Behandlungsprogramm Diabetes mellitus Typ 2**

Kassenärztliche Vereinigung Hessen
Mitgliederservice Sonderverträge
Europa-Allee 90
60486 Frankfurt am Main

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 Praxis/MVZ angestellte/r Ärztin/Arzt Leistungen im Rahmen des zwischen der Kassenärztlichen Vereinigung Hessen und den Krankenkassen geschlossenen **Vertrages zur Umsetzung des DMP Diabetes mellitus Typ 2:**

- | | | | |
|----|--|---------------------------------------|----------------|
| 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/MVZ angestellte/r Ärztinnen/Ärzte erbringen **keine Leistungen mehr** im Rahmen des zwischen der Kassenärztlichen Vereinigung Hessen und den Krankenkassen geschlossenen Vertrages **zur Umsetzung des Disease-Management-Programms Diabetes mellitus Typ 2:**

4. Name _____ LANR _____

Vorname _____ BSNR _____

als koord. Arzt als Facharzt ab Datum _____

5. Name _____ LANR _____

Vorname _____ BSNR _____

als koord. Arzt als Facharzt ab Datum _____

6. Name _____ LANR _____

Vorname _____ BSNR _____

als koord. Arzt als Facharzt ab Datum _____

Ort, Datum

Unterschrift/Unterschriften und Stempel der anstellenden Ärztin-
nen/Ärzte bzw. der
Geschäftsführerinnen/Geschäftsführer
des anstellenden Medizinischen Versorgungszentrums