
Anlage 4 Ergänzungserklärung Leistungserbringer

zur Vereinbarung zur Durchführung des strukturierten Behandlungsprogramms (DMP) nach § 137f SGB V
Chronische Herzinsuffizienz (HI)
zwischen der Kassenärztlichen Vereinigung Hessen und den Krankenkassen in Hessen

Teilnahmeerklärung des zugelassenen Leistungserbringers zum strukturierten Behandlungsprogramm Chronische Herzinsuffizienz (HI)

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 geschlossenen **Vertrages zur Umsetzung des Disease-Management-Programms HI:**

- | | | |
|----|--|----------------|
| 1. | Name _____ | LANR _____ |
| | Vorname, Titel _____ | BSNR _____ |
| | als koord. Arzt ☐ Facharzt ☐ | ab Datum _____ |
| 2. | Name _____ | LANR _____ |
| | Vorname, Titel _____ | BSNR _____ |
| | als koord. Arzt ☐ Facharzt ☐ | ab Datum _____ |
| 3. | Name _____ | LANR _____ |
| | Vorname, Titel _____ | BSNR _____ |
| | als koord. Arzt ☐ Facharzt ☐ | ab Datum _____ |

Nachfolgend genannte in meiner/unserer Praxis/MVZ angestellte 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 HI:**

- | | | |
|----|----------------------|------------|
| 1. | Name _____ | LANR _____ |
| | Vorname, Titel _____ | BSNR _____ |
| | ab Datum _____ | |

2.	Name	_____	LANR	_____
	Vorname, Titel	_____	BSNR	_____
	ab Datum	_____		
3.	Name	_____	LANR	_____
	Vorname, Titel	_____	BSNR	_____
	ab Datum	_____		

Ort, Datum

Unterschrift/Unterschriften und Stempel der
anstellenden Ärztinnen/Ärzte bzw. der
Geschäftsführerinnen/Geschäftsführer des
anstellenden Medizinischen Versorgungszentrums