

## Anlage 4b (Ergänzungserklärung Leistungserbringer)

zu dem Vertrag nach §83 SGB V zur Durchführung des Disease-Management-Programms nach § 137 g SGB V Brustkrebs zwischen der KVH und den Krankenkassen/-verbänden in Hamburg

### Teilnahmeerklärung des zugelassenen Leistungserbringers zu dem Behandlungsprogramm Brustkrebs

Kassenärztliche Vereinigung Hamburg

Humboldtstr. 56

22083 Hamburg

## Erklärung zu angestellten Ärzten zum DMP Brustkrebs

Nachfolgend genannte in meiner Praxis/Einrichtung angestellte/r Ärztin/Arzt **erbringt Leistungen** im Rahmen des Vertrages zur Umsetzung des Disease-Management-Programms Brustkrebs zwischen der Kassenärztlichen Vereinigung Hamburg und den Krankenkassen:

1. \_\_\_\_\_     
Name, Vorname, Titel [LANR] [BSNR] als koord. Arzt als FA ab Datum

2. \_\_\_\_\_     
Name, Vorname, Titel [LANR] [BSNR] als koord. Arzt als FA ab Datum

3. \_\_\_\_\_     
Name, Vorname, Titel [LANR] [BSNR] als koord. Arzt als FA ab Datum

Nachfolgend genannte in meiner Praxis/Einrichtung angestellte/r Ärztin/Arzt **erbringt keine Leistungen mehr** im Rahmen des Vertrages zur Umsetzung des Disease-Management-Programms Brustkrebs zwischen der Kassenärztlichen Vereinigung Hamburg und den Krankenkassen:

1. \_\_\_\_\_

Name, Vorname, Titel	[LANR]	[BSNR]	als koord. Arzt	als FA	ab Datum
2. _____			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Name, Vorname, Titel	[LANR]	[BSNR]	als koord. Arzt	als FA	ab Datum
3. _____			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Name, Vorname, Titel	[LANR]	[BSNR]	als koord. Arzt	als FA	ab Datum

---

Ort, Datum

---

Unterschrift und Stempel  
Leistungserbringer