

## Anlage 5a Ergänzungserklärung Leistungserbringer

zum Vertrag nach § 137f SGB V über die Durchführung eines strukturierten Behandlungsprogramms (DMP) auf der Grundlage des § 83 SGB V zur Verbesserung der Qualität der medizinischen Versorgung von Versicherten mit Diabetes mellitus Typ 1

### Teilnahmeerklärung des zugelassenen Leistungserbringers zu dem Behandlungsprogramm Diabetes mellitus Typ 1

Kassenärztliche Vereinigung Hamburg  
Humboldtstr. 56

22083 Hamburg

### Erklärung zu angestellten Ärzten zum DMP Diabetes mellitus Typ 1

Nachfolgend genannte in meiner Praxis/Einrichtung angestellte/r Ärztin/Arzt **erbringt Leistungen** im Rahmen des Vertrages zur Umsetzung des Disease-Management-Programms Diabetes mellitus Typ 1 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 Diabetes mellitus Typ 1 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

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift und  
Stempel Leistungserbringer