

Anlage 4a Ergänzungserklärung Leistungserbringer

zu dem Vertrag zur Durchführung der Strukturierten Behandlungsprogramme Asthma/COPD nach § 137f SGB V zwischen der Kassenärztlichen Vereinigung Hamburg und den Hamburger Krankenkassenverbänden.

Teilnahmeerklärung des zugelassenen Leistungserbringers zu dem Behandlungsprogramm Asthma bzw. COPD

Kassenärztliche Vereinigung Hamburg
Humboldtstr. 56

22083 Hamburg

Erklärung zu angestellten Ärzten zum DMP Asthma

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

1.	_____	_____	_____	<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
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

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

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

Ort, Datum

Unterschrift und Stempel Leistungserbringer

Erklärung zu angestellten Ärzten zum DMP COPD

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

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

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

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

Ort, Datum

Unterschrift und Stempel Leistungserbringer