

Anlage 4a Ergänzungserklärung Leistungserbringer

zu dem Vertrag nach § 137f SGB V zur Durchführung der strukturierten Behandlungsprogramme (DMP) Asthma bronchiale sowie COPD zwischen den Krankenkassen/-verbänden in Hamburg und der KVH

Teilnahmeerklärung des zugelassenen Leistungserbringers zu den Behandlungsprogrammen Asthma bronchiale bzw. COPD

Kassenärztliche Vereinigung Hamburg
Postfach 76 06 20

22056 Hamburg

Erklärung zu angestellten Ärzten zum DMP Asthma bronchiale

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

1. _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text" value="□□□□□□"/>
Name, Vorname, Titel	[LANR]	[BSNR]	als koord. Arzt (§ 3) als FA (§ 4) ab Datum
Für Kinder und Jugendliche	<input type="checkbox"/>	für Erwachsene <input type="checkbox"/>	
2. _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text" value="□□□□□□"/>
Name, Vorname, Titel	[LANR]	[BSNR]	als koord. Arzt (§ 3) als FA (§ 4) ab Datum
Für Kinder und Jugendliche	<input type="checkbox"/>	für Erwachsene <input type="checkbox"/>	
3. _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text" value="□□□□□□"/>
Name, Vorname, Titel	[LANR]	[BSNR]	als koord. Arzt (§ 3) als FA (§ 4) ab Datum
Für Kinder und Jugendliche	<input type="checkbox"/>	für Erwachsene <input type="checkbox"/>	

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 (§ 3) als FA (§ 4) ab Datum
2. _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	□□□□□□
Name, Vorname, Titel	[LANR]	[BSNR]	als koord. Arzt (§ 3) als FA (§ 4) ab Datum
3. _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	□□□□□□
Name, Vorname, Titel	[LANR]	[BSNR]	als koord. Arzt (§ 3) als FA (§ 4) ab Datum

Datum, Unterschrift des / der angestellten Arztes / Ärztin