

DMP-Vertrag Diabetes mellitus Typ 2 – Neufassung vom 01.07.2020

### Anlage 4a Ergänzungserklärung Leistungserbringer

**Teilnahmeerklärung des zugelassenen Leistungserbringers zu dem Behandlungsprogramm  
Diabetes mellitus Typ 2**

Kassenärztliche Vereinigung Hamburg  
Postfach 76 06 20  
22056 Hamburg

### Erklärung zu angestellten Ärzten zum DMP Diabetes mellitus Typ 2

Nachfolgend genannte in meiner Praxis/Einrichtung angestellter/r Ärztin/Arzt erbringt Leistungen im Rahmen des Vertrages zur Umsetzung des Disease-Management-Programms Diabetes mellitus Typ 2 zwischen der Kassenärztlichen Vereinigung Hamburg und den Krankenkassen:

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

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

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Angestellte/r

DMP-Vertrag Diabetes mellitus Typ 2 – Neufassung vom 01.07.2020

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 2 zwischen der Kassenärztlichen Vereinigung Hamburg und den Krankenkassen:

- |                      |                          |                          |                          |                          |
|----------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 1. _____             | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Name, Vorname, Titel | [LANR]                   | [BSNR]                   | als koord. Arzt          | als FA                   |
| 2. _____             | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Name, Vorname, Titel | [LANR]                   | [BSNR]                   | als koord. Arzt          | als FA                   |
| 3. _____             | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Name, Vorname, Titel | [LANR]                   | [BSNR]                   | als koord. Arzt          | als FA                   |

Ort, Datum \_\_\_\_\_ Unterschrift Angestellte/r \_\_\_\_\_