

Kassenärztliche Vereinigung Hamburg  
Abteilung Genehmigung  
Postfach 76 06 20  
22056 Hamburg

**Nachweis der Zusammenarbeit mit dem Krankenhaus mit  
Schwerpunktabteilung Pneumologie bzw. pädiatrisch-pneumologischem  
Schwerpunkt nach § 4 Anlage 2 des DMP Asthma/COPD Vertrages**

Hiermit bestätige ich

Arztstempel

die Zusammenarbeit mit dem Krankenhaus

Krankenhausstempel

- mit Schwerpunkt Pneumologie
- mit pädiatrische-pneumologischem Schwerpunkt

Hamburg, den

Hamburg, den

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des Arztes

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des Krankenhausleiters