

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