

Anlage 2b (Ergänzungserklärung Leistungserbringer)

Teilnahmeerklärung des zugelassenen Leistungserbringers zu dem Behandlungsprogramm Brustkrebs

Kassenärztliche Vereinigung Hamburg

Postfach 76 06 20

22056 Hamburg

Erklärung zu angestellten Ärzten zum DMP Brustkrebs

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

1. _____

Name, Vorname, Titel

[LANR]

[BSNR]

□□□□□□

ab Datum

2. _____

Name, Vorname, Titel

[LANR]

[BSNR]

□□□□□□

ab Datum

3. _____

Name, Vorname, Titel

[LANR]

[BSNR]

□□□□□□

ab Datum

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

1. _____
Name, Vorname, Titel [LANR] [BSNR] ab Datum

2. _____
Name, Vorname, Titel [LANR] [BSNR] ab Datum

3. _____
Name, Vorname, Titel [LANR] [BSNR] ab Datum

Ort, Datum

Unterschrift und Stempel
Leistungserbringer