

Kassenärztliche Vereinigung
Hamburg
Kompetenzcenter Schmerztherapie
Abteilung Qualitätssicherung
Humboldtstraße 56
22083 Hamburg
FAX 040 22802 – 420

Erklärung

Qualitätssicherungs-Vereinbarung
zur schmerztherapeutischen Versorgung
chronisch schmerzkranker Patienten
gemäß § 135 Abs. 2 SGB V

Hiermit bestätige ich, dass in meiner Praxis gemäß § 5 Abs.4 der o.g. Vereinbarung
überwiegend chronisch schmerzkranken Patienten nach § 1 Abs. 1 behandelt werden

Ort / Datum

Unterschrift des Arztes, Praxisstempel