

Kassenärztliche Vereinigung Hamburg  
Kompetenzcenter Schmerztherapie  
Abteilung Qualitätssicherung  
Humboldtstraße 56  
22083 Hamburg

## Arbeitsgemeinschaft Qualitätssicherung

Telefax 040 22802-420  
E-Mail qualitaetssicherung@kvhh.de

### Erklärung für das Jahr

---

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