

Anlage 4 a Ergänzungserklärung Leistungserbringer

zum Vertrag nach § 73a SGB V über die Durchführung eines strukturierten Behandlungsprogramms (DMP) nach § 137f SGB V zur Verbesserung der Qualität der medizinischen Versorgung von Versicherten mit **Asthma/COPD**.

Teilnahmeerklärung des zugelassenen Leistungserbringers zu dem Behandlungsprogramm Asthma bronchiale bzw. COPD

Kassenärztliche Vereinigung Mecklenburg-Vorpommern

Neumühler Straße 22

19057 Schwerin

Erklärung zu angestellten Ärzten zum DMP Asthma bronchiale

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

1. _____

Name, Vorname, Titel [LANR] [BSNR] als koord. Arzt als FA ab Datum

2. _____

Name, Vorname, Titel [LANR] [BSNR] als koord. Arzt als FA ab Datum

3. _____

Name, Vorname, Titel [LANR] [BSNR] als koord. Arzt als FA 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 Asthma bronchiale zwischen der Kassenärztlichen Vereinigung Mecklenburg-Vorpommern und den Krankenkassen:

1. _____

Name, Vorname, Titel [LANR] [BSNR] als koord. Arzt als FA ab Datum

2. _____

Name, Vorname, Titel [LANR] [BSNR] als koord. Arzt als FA ab Datum

3. _____

Name, Vorname, Titel [LANR] [BSNR] als koord. Arzt als FA ab Datum

Ort, Datum

Unterschrift und
Stempel Leistungserbringer

Erklärung zu angestellten Ärzten zum DMP COPD

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

1. _____

Name, Vorname, Titel [LANR] [BSNR] als koord. Arzt als FA ab Datum

2. _____

Name, Vorname, Titel [LANR] [BSNR] als koord. Arzt als FA ab Datum

3. _____

Name, Vorname, Titel [LANR] [BSNR] als koord. Arzt als FA 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 COPD zwischen der Kassenärztlichen Vereinigung Mecklenburg-Vorpommern und den Krankenkassen:

1. _____

Name, Vorname, Titel [LANR] [BSNR] als koord. Arzt als FA ab Datum

2. _____

Name, Vorname, Titel [LANR] [BSNR] als koord. Arzt als FA ab Datum

3. _____

Name, Vorname, Titel [LANR] [BSNR] als koord. Arzt als FA ab Datum

Ort, Datum

Unterschrift und
Stempel Leistungserbringer