

Anlage 8a (Ergänzungserklärung Leistungserbringer)

zur Durchführung des Disease-Management-Programms nach § 137 f SGB V Brustkrebs zwischen der KGMV, der KV MV und der AOK Mecklenburg-Vorpommern, dem BKK-Landesverband NORD, der Bundesknappschaft VST Cottbus, dem IKK Landesverband Nord, der Landwirtschaftlichen Krankenkasse Berlin, dem Verband der Angestelltenkrankenkassen e.V. Landesvertretung Mecklenburg-Vorpommern und dem Arbeiter-Ersatzkassenverband e.V. Landesvertretung Mecklenburg-Vorpommern

Teilnahmeerklärung des zugelassenen Leistungserbringers zu dem

Behandlungsprogramm

Brustkrebs

Kassenärztliche Vereinigung Mecklenburg-Vorpommern

Neumühler Straße 22

19057 Schwerin

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 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 Brustkrebs 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