

Ergänzungserklärung zu angestellten Ärzten

zu dem Vertrag zur Durchführung der Strukturierten Behandlungsprogramme Diabetes mellitus Typ 2 nach § 137f SGB V zwischen der Kassenärztlichen Vereinigung Bremen und den Verbänden der GKV Bremen

Kassenärztliche Vereinigung Bremen
Schwachhauser Heerstr. 26-28
28209 Bremen

Erklärung zu angestellten Ärzten

Nachfolgend genannte in meiner Praxis/Einrichtung angestellte/r Ärztin/Arzt **erbringt Leistungen** im Rahmen des Vertrages zur Umsetzung des Disease-Management-Programms Diabetes mellitus Typ 2 zwischen der Kassenärztlichen Vereinigung Bremen und den Krankenkassen:

1. _____ Name, Vorname, Titel	_____ [LANR]	_____ [BSNR]	<input type="checkbox"/> als koord. Arzt	<input type="checkbox"/> als FA	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> ab Datum
2. _____ Name, Vorname, Titel	_____ [LANR]	_____ [BSNR]	<input type="checkbox"/> als koord. Arzt	<input type="checkbox"/> als FA	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> ab Datum
3. _____ Name, Vorname, Titel	_____ [LANR]	_____ [BSNR]	<input type="checkbox"/> als koord. Arzt	<input type="checkbox"/> als FA	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> 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 Diabetes mellitus Typ 2 zwischen der Kassenärztlichen Vereinigung Bremen und den Krankenkassen:

1. _____ Name, Vorname, Titel	_____ [LANR]	_____ [BSNR]	<input type="checkbox"/> als koord. Arzt	<input type="checkbox"/> als FA	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> ab Datum
2. _____ Name, Vorname, Titel	_____ [LANR]	_____ [BSNR]	<input type="checkbox"/> als koord. Arzt	<input type="checkbox"/> als FA	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> ab Datum
3. _____ Name, Vorname, Titel	_____ [LANR]	_____ [BSNR]	<input type="checkbox"/> als koord. Arzt	<input type="checkbox"/> als FA	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> ab Datum

Ort, Datum

Unterschrift und Stempel
Leistungserbringer