



## Ergänzungserklärung zu angestellten Ärzten

zu dem Vertrag zur Durchführung der Strukturierten Behandlungsprogramme KHK 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 KHK 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	□□□□□□ ab Datum
2. _____ Name, Vorname, Titel	_____ [LANR]	_____ [BSNR]	<input type="checkbox"/> als koord. Arzt	<input type="checkbox"/> als FA	□□□□□□ ab Datum
3. _____ Name, Vorname, Titel	_____ [LANR]	_____ [BSNR]	<input type="checkbox"/> als koord. Arzt	<input type="checkbox"/> 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 KHK 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	□□□□□□ ab Datum
2. _____ Name, Vorname, Titel	_____ [LANR]	_____ [BSNR]	<input type="checkbox"/> als koord. Arzt	<input type="checkbox"/> als FA	□□□□□□ ab Datum
3. _____ Name, Vorname, Titel	_____ [LANR]	_____ [BSNR]	<input type="checkbox"/> als koord. Arzt	<input type="checkbox"/> als FA	□□□□□□ ab Datum

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift und Stempel  
Leistungserbringer