

Nachweis der Strukturvoraussetzungen koordinierender Arzt

COPD

gemäß Anlage 1b des Vertrages über ein strukturiertes Behandlungsprogramm (DMP) Asthma/COPD zwischen den Krankenkassen und ihrer Verbände in Bremen und der KVHB

von Frau/Herrn _____

Praxisadresse _____

zur Vorlage bei der Kassenärztliche Vereinigung Bremen (als Anlage zur Teilnahmeerklärung)

Strukturvoraussetzungen

- ☐ Ich nehme gemäß § 73 SGB V an der hausärztlichen Versorgung teil (§ 3 Abs. 2)

Ärztliche Fortbildung

- ☐ Information durch schriftliche Informations- und Schulungsmaterial und die Bestätigung der Kenntnisnahme (siehe Teilnahmeerklärung)

oder

- ☐ Teilnahme an der Arztinformationsveranstaltung

Möglichkeit zur Basisdiagnostik

Bei Eigenleistung Bestätigung durch den Vertragsarzt

- ☐ Spirometer mit Flussvolumenkurve

Mindestens einmal im Jahr werde ich der KVHB einen Nachweis über die Teilnahme entweder an einer COPD-spezifischen Fortbildung oder einem COPD- spezifischen Qualitätszirkel vorlegen.

Arztstempel

Unterschrift