

Nachweis der Strukturvoraussetzungen der fachärztlicher Versorgung gemäß § 4

Osteoporose

gemäß Anlage 2 des Vertrages über ein strukturiertes Behandlungsprogramm (DMP) Osteoporose 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

- ☐ Facharzt für Orthopädie und Unfallchirurgie/Facharzt für Orthopädie
- ☐ Ich erfülle die für das jeweilige Fachgebiet geltenden regionalen Niederlassungsvorgaben sowie die qualifikationsgebundenen Abrechnungsvoraussetzungen.

Ärztliche Fortbildung

- ☐ Teilnahme an einer Arztinformationsveranstaltung oder Information durch das Arzt-Manual zu Beginn der Teilnahme.

Die übrigen Strukturparameter (Osteoporose-spezifische Fortbildung und Teilnahme an Osteoporose-spezifischen Qualitätszirkeln) gemäß Anlage 2 werde ich zum gegebenen Zeitpunkt nachweisen.

Nachweis der Zusammenarbeit

- ☐ Ich bestätige, die Zusammenarbeit mit Haus- und Fachärzten in der Region

Patientenschulungen (fakultativ)

- ☐ Fortbildung zur Durchführung von Schulungen für mich und mein nichtärztliches Praxispersonal liegt vor (Teilnahmebescheinigung bitte beilegen).
- ☐ Den Antrag zur Durchführung von Patientenschulungen füge ich bei.
- ☐ Ein Schulungsraum (für Gruppenschulungen) einschl. erforderlicher Ausstattung (bei Durchführung von Schulungen in eigener Praxis) ist vorhanden.

Arztstempel

Unterschrift