Anlage 4a: Ergänzungserklärung zu angestellten Ärzten

zu dem Vertrag zur Durchführung der strukturierten Behandlungsprogramme nach § 137f SGB V – Asthma bronchiale/ COPD (im Folgenden DMP-Vertrag) – zwischen den Krankenkassen und ihren Verbänden in Bremen und der KVHB

Kassenärztliche Vereinigung Bremen
Schwachhauser Heerstr. 26-28
28209 Bremen

Erklärung zu angestellten Ärzten (Asthma bronchiale)

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

1. _____ _____ _____ ☐ ☐ ☐☐☐☐☐☐
   Name, Vorname, Titel | [LANR] | [BSNR | als koord. Arzt gem. § 3 Abs.2 | als Facharzt gem. § 4 | Ab Datum
   Der Arzt/die Ärzti ist Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin ☐

2. _____ _____ _____ ☐ ☐ ☐☐☐☐☐☐
   Name, Vorname, Titel | [LANR] | [BSNR | als koord. Arzt gem. § 3 Abs.2 | als Facharzt gem. § 4 | Ab Datum
   Der Arzt/die Ärztin ist Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin ☐

3. _____ _____ _____ ☐ ☐ ☐☐☐☐☐☐
   Name, Vorname, Titel | [LANR] | [BSNR | als koord. Arzt gem. § 3 Abs.2 | als Facharzt gem. § 4 | Ab Datum
   Der Arzt/die Ärztin ist Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin ☐

Erklärung zu angestellten Ärzten (COPD)

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

1. _____ _____ _____ ☐ ☐ ☐ ☐☐☐☐☐☐
   Name, Vorname, Titel | [LANR] | [BSNR | als koord. Arzt gem. § 3 Abs.2 | als koord. Arzt gem. § 3 Abs.3 | als Facharzt gem. § 4 | Ab Datum
2. _____ _____ _____ ☐ ☐ ☐ ☐☐☐☐☐☐
   Name, Vorname, Titel | [LANR] | [BSNR | als koord. Arzt gem. § 3 Abs.2 | als koord. Arzt gem. § 3 Abs.3 | als Facharzt gem. § 4 | Ab Datum
3. _____ _____ _____ ☐ ☐ ☐ ☐☐☐☐☐☐
   Name, Vorname, Titel | [LANR] | [BSNR | als koord. Arzt gem. § 3 Abs.2 | als koord. Arzt gem. § 3 Abs.3 | als Facharzt gem. § 4 | 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 Asthma bzw. COPD zwischen der Kassenärztlichen Vereinigung Bremen und den Krankenkassen:

1. _____ _____ _____ ☐ ☐ ☐ ☐☐☐☐☐☐
   Name, Vorname, Titel | [LANR] | [BSNR | als koord. Arzt gem. § 3 Abs.2 | als koord. Arzt gem. § 3 Abs.3 | als Facharzt gem. § 4 | Ab Datum
2. _____ _____ _____ ☐ ☐ ☐ ☐☐☐☐☐☐
   Name, Vorname, Titel | [LANR] | [BSNR | als koord. Arzt gem. § 3 Abs.2 | als koord. Arzt gem. § 3 Abs.3 | als Facharzt gem. § 4 | Ab Datum

_____ _____
Ort, Datum | Unterschrift und Stempel des anstellenden Arztes