

Nachweis der Strukturvoraussetzungen koordinierender Arzt

gemäß Anlage 2 zu dem Vertrag nach § 73a SGB V zur Durchführung des Strukturierten Behandlungsprogramms nach § 137f SGB V Diabetes mellitus Typ 1 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. 3)

Ärztliche Fortbildung

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

oder

- Teilnahme an der Arztinformationsveranstaltung

Nachweis der Zusammenarbeit

- Ich bestätige, dass ich mit einem diabetologisch qualifizierten Arzt/Einrichtung, der an dem DMP Diabetes mellitus Typ 1 teilnimmt, zusammen arbeite.

Name des diabetologisch qualifizierten Arzt/Einrichtung

Mindestanforderung der erforderlichen diagnostischen und therapeutischen Verfahren in der Praxis:

- EKG
 Sonographie (ggf. auch als Auftragsleistung)
 Blutdruckmessung nach nationalen und internationalen Qualitätsstandards
 Qualitätskontrollierte Methode zur Blutzucker- und HbA1c-Messung mit verfügbarer Labormethode zur naß-chemischen Blutglukosebestimmung (ggf. als Auftragsleistung)
 Basisdiagnostik (u.a. Reflexhammer, Stimmgabel, Monofilament)

Die übrigen Strukturparameter (Teil 2) gemäß Anlage 1 werde ich zum gegebenen Zeitpunkt nachweisen.

Arztstempel

Datum / Unterschrift