

**Nachweis der Strukturvoraussetzungen  
fachärztlich/diabetologisch qualifizierter Versorgungssektor  
für die Betreuung von Kindern und Jugendlichen**

gemäß des Vertrages über strukturierte Behandlungsprogramme (DMP) Diabetes mellitus Typ 1 zwischen den Krankenkassen und ihrer Verbände in Bremen und der KVHB

von Frau/Herrn \_\_\_\_\_

Praxisadresse \_\_\_\_\_

zur jährlichen Vorlage bei der Kassenärztlichen Vereinigung Bremen

für das Jahr \_\_\_\_\_ (bitte eintragen)      DM 1

**1. Ärztliche diabetesspezifische Fortbildung** (bitte Nachweise beifügen)

Diabetesspezifische Fortbildungsveranstaltung

**oder**

Diabetesspezifische Arzneimittelberatung (bei Teilnahme liegt Nachweis der KVHB vor)

**und**

Regionale DMP-Qualitätszirkel (Zusammenarbeit mit Haus- und Fachärzten, mind. 2 x Jährlich)

**2. Nachweis der Zusammenarbeit** (bitte benennen)

Ich bestätige, dass ich mit einem/r

für Diabetes geeigneten stationären Einrichtung \_\_\_\_\_

Diabetesassistent/in oder einem Diabetesberater/in \_\_\_\_\_

Oekotrophologen/in oder Diätassistenten/in \_\_\_\_\_

zusammen arbeite.

**3. Weiterbildung der Fachkräfte**

Ich bestätige, dass die von mir eingesetzten Fachkräfte regelmäßig an Weiterbildungen teilnehmen und die entsprechenden Teilnahmebescheinigungen bzw. Zeugnisse vorliegen.

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Arztstempel / Unterschrift