

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.

Ärztliche Fortbildung

Teilnahme an der Arztinformationsveranstaltung

oder

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

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

Datum / Unterschrift