

Nachweis der Strukturvoraussetzungen koordinierender Arzt Fachärztlicher Internist COPD

gemäß Anlage 1d 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 fachärztlichen Versorgung teil (§ 3 Abs. 3)

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 zweimal 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