

Anlage 4b - Ergänzungserklärung Ärzte

zum Vertrag über ein strukturiertes Behandlungsprogramm (DMP) zur Verbesserung der Versorgungssituation von Brustkrebspatientinnen

Teilnahmeerklärung des zugelassenen Arztes zu dem Behandlungsprogramm Brustkrebs

Kassenärztliche Vereinigung Nordrhein
Hauptstelle
Tersteegenstr. 9
40474 Düsseldorf

Name, Vorname des Arztes

LANR

Anschrift der Praxis

.....

.....

.....

.....

Erklärung zu angestellten Ärzten

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

- | | | | | | |
|---------------------------------|---------------|---------------|---|------------------------------------|-------------------|
| 1.
Name, Vorname, Titel |
LANR |
BSNR | <input type="checkbox"/>
als koord. Arzt | <input type="checkbox"/>
als FA |
ab Datum |
| 2.
Name, Vorname, Titel |
LANR |
BSNR | <input type="checkbox"/>
als koord. Arzt | <input type="checkbox"/>
als FA |
ab Datum |
| 3.
Name, Vorname, Titel |
LANR |
BSNR | <input type="checkbox"/>
als koord. Arzt | <input type="checkbox"/>
als FA |
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 Brustkrebs zwischen der Kassenärztlichen Vereinigung Nordrhein und den nordrheinischen Krankenkassen/-verbänden:

- | | | | | | | |
|----|-------------------------------|---------------|---------------|--|---------------------------------|-------------------|
| 1. |
Name, Vorname, Titel |
LANR |
BSNR | als koord. Arzt <input type="checkbox"/> | als FA <input type="checkbox"/> |
ab Datum |
| 2. |
Name, Vorname, Titel |
LANR |
BSNR | als koord. Arzt <input type="checkbox"/> | als FA <input type="checkbox"/> |
ab Datum |
| 3. |
Name, Vorname, Titel |
LANR |
BSNR | als koord. Arzt <input type="checkbox"/> | als FA <input type="checkbox"/> |
ab Datum |

Ort, Datum

Unterschrift und Vertragsarztstempel

Erklärung des angestellten Arztes

Hiermit bestätige ich, dass mich der oben genannte Vertragsarzt über die Ziele und Inhalte der Disease-Management-Programme für Versicherte mit Brustkrebs sowie über die Verpflichtungen, die mit der Leistungserbringung im Rahmen dieser Programme einhergehen, informiert hat.

Ort, Datum

Unterschrift des angestellten Arztes