

## Anlage 4 a - Ergänzungserklärung Leistungserbringer

zu dem Vertrag zur Durchführung des Strukturierten Behandlungsprogramms (DMP) nach § 137 f SGB V  
Diabetes mellitus Typ 1 zwischen der Kassenärztlichen Vereinigung Sachsen und den Krankenkassen

### Ergänzungserklärung des zugelassenen Leistungserbringers zum Behandlungsprogramm Diabetes mellitus Typ 1

Kassenärztliche Vereinigung Sachsen  
Bezirksgeschäftsstelle .....  
Postfach .....  
(PLZ) (Ort)

#### Erklärung zu angestellten Ärzten

Nachfolgend genannte in meiner Praxis/Einrichtung angestellte/r Ärztin/Ärzte/Arzt **erbringt Leistungen** im Rahmen des Vertrages zur Umsetzung des Disease-Management-Programms Diabetes mellitus Typ 1 zwischen der Kassenärztlichen Vereinigung Sachsen und den Krankenkassen:

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

Nachfolgend genannte in meiner Praxis/Einrichtung angestellte/r Ärztin/Ärzte/Arzt **erbringt keine Leistungen mehr** im Rahmen des Vertrages zur Umsetzung des Disease-Management-Programms Diabetes mellitus Typ 1 zwischen der Kassenärztlichen Vereinigung Sachsen und den Krankenkassen:

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

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift / Stempel Leistungserbringer