

Anlage 3a - Ergänzungserklärung zur Teilnahmeerklärung des Vertragsarztes

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

Ergänzungserklärung des zugelassenen Leistungserbringers zum Behandlungsprogramm Brustkrebs

Kassenärztliche Vereinigung Sachsen
Bezirksgeschäftsstelle
Postfach
(PLZ) (Ort)

Erklärung zu angestellten Ärzten

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

1. _____ Name, Vorname, Titel	[LANR]	[(N)BSNR]	ab Datum
2. _____ Name, Vorname, Titel	[LANR]	[(N)BSNR]	ab Datum
3. _____ Name, Vorname, Titel	[LANR]	[(N)BSNR]	ab Datum

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

1. _____ Name, Vorname, Titel	[LANR]	[(N)BSNR]	ab Datum
2. _____ Name, Vorname, Titel	[LANR]	[(N)BSNR]	ab Datum
3. _____ Name, Vorname, Titel	[LANR]	[(N)BSNR]	ab Datum

Ort, Datum

Unterschrift und Stempel
Leistungserbringer