



Antrag

auf Genehmigung zur Teilnahme am DMP-Vertrag Diabetes mellitus Typ 2 für Fachärzte für Innere Medizin mit fachärztlicher Zulassung

gemäß Vertrag zur Durchführung des Strukturierten Behandlungsprogramms nach § 137 f SGB V Diabetes mellitus Typ 2 (DMP) zwischen der KV Sachsen und den Landesverbänden der Primärkrankenkassen und den Landesvertretungen der Ersatzkassen in Sachsen in der geänderten Fassung vom 25.09.2008

Antragsteller/-in:
(Vertragsarzt, ermächtigter Arzt, MVZ und Name des MVZ-Vertretungsberechtigten oder anstellender Arzt)

Leistungserbringer:
(sofern abweichend vom Antragsteller -Titel/Name/Vorname des ausführenden Arztes)

LANR:

Ärztliche Tätigkeit

als Facharzt für:

ab (Datum):

- in einer Einzel- oder Gemeinschaftspraxis
 in einem MVZ
 im Rahmen einer Angestelltentätigkeit
 im Rahmen einer Ermächtigung

Wohnort (nur ausfüllen, falls noch nicht im Arztregister der KV Sachsen erfasst)

Straße, Nr.:

PLZ, Wohnort:

Telefon/Fax:

E-Mail:

Antrag bezieht sich auf

Praxis/Betriebsstätte (BSNR)

Anschrift:

Telefon/Fax:

E-Mail:

BSNR:

Nebenbetriebsstätte (NBSNR)

Anschrift:

Telefon/Fax:

E-Mail:

NBSNR:

