

Anlage 3a - Ergänzungserklärung zur Teilnahmeerklärung des Vertragsarztes

zu dem Vertrag zur Durchführung des strukturierten Behandlungsprogramms nach § 137f SGB V zur Verbesserung der Versorgungssituation von Brustkrebspatientinnen auf der Grundlage des § 73a SGB V zwischen der Kassenärztlichen Vereinigung Sachsen und den Landesverbänden sächsischer Krankenkassen sowie den Verbänden der Ersatzkassen in Sachsen

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. | _____ | _____ | _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | Name, Vorname, Titel | [LANR] | [(N)BSNR] | ab Datum | | | | | |
| 2. | _____ | _____ | _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | Name, Vorname, Titel | [LANR] | [(N)BSNR] | ab Datum | | | | | |
| 3. | _____ | _____ | _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | 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. | _____ | _____ | _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | Name, Vorname, Titel | [LANR] | [(N)BSNR] | ab Datum | | | | | |
| 2. | _____ | _____ | _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | Name, Vorname, Titel | [LANR] | [(N)BSNR] | ab Datum | | | | | |
| 3. | _____ | _____ | _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | Name, Vorname, Titel | [LANR] | [(N)BSNR] | ab Datum | | | | | |

Ort, Datum

Unterschrift und Stempel
Leistungserbringer