

**Anlage 4 a**  
**Ergänzungserklärung zur Teilnahmeerklärung des Vertragsarztes**

zu dem Vertrag zur Durchführung des Disease-Management-Programms nach § 137f SGB V  
Diabetes mellitus Typ 2

**Ergänzungserklärung des zugelassenen Leistungserbringers zum  
Behandlungsprogramm Diabetes mellitus Typ 2**

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 Diabetes mellitus Typ 2 zwischen der Kassenärztlichen Vereinigung Sachsen und den Krankenkassen:

1. \_\_\_\_\_   
Name, Vorname, Titel [LANR] [BSNR] ab Datum

2. \_\_\_\_\_   
Name, Vorname, Titel [LANR] [BSNR] ab Datum

3. \_\_\_\_\_   
Name, Vorname, Titel [LANR] [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 Diabetes mellitus Typ 2 zwischen der Kassenärztlichen Vereinigung Sachsen und den Krankenkassen:

1. \_\_\_\_\_   
Name, Vorname, Titel [LANR] [BSNR] ab Datum

2. \_\_\_\_\_   
Name, Vorname, Titel [LANR] [BSNR] ab Datum

3. \_\_\_\_\_   
Name, Vorname, Titel [LANR] [BSNR] ab Datum

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

\_\_\_\_\_  
Unterschrift und Stempel  
Leistungserbringer