

## Anlage 3a – Ergänzungserklärung zur Teilnahmeerklärung des Vertragsarztes

zu dem Vertrag zur Durchführung des Strukturierten Behandlungsprogramms COPD nach § 137f SGB V zwischen der Kassenärztlichen Vereinigung Sachsen und den Landesverbänden der Krankenkassen und den Verbänden der Ersatzkassen in Sachsen

### Ergänzungserklärung des zugelassenen Leistungserbringers zum Behandlungsprogramm COPD

Kassenärztliche Vereinigung Sachsen

Bezirksgeschäftsstelle .....

Postfach .....

(PLZ) (Ort)

### Erklärung zu angestellten Ärzten

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

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

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

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

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

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