

## Anlage 5a Ergänzungserklärung zur Teilnahmeerklärung des Vertragsarztes

zu dem Vertrag zur Durchführung des Strukturierten Behandlungsprogramms nach § 137f SGB V  
Koronare Herzkrankheit (KHK)

### Ergänzungserklärung des zugelassenen Leistungserbringers zum Behandlungsprogramm Koronare Herzkrankheit (KHK)

Kassenärztliche Vereinigung Sachsen  
Bezirksgeschäftsstelle .....  
Postfach .....  
(PLZ) (Ort)

### Erklärung zu angestellten Ärzten

Nachfolgend genannte in meiner Praxis/Einrichtung angestellte/r Ärztin/Arzt/Ärzte **erbringt/erbringen Leistungen** im Rahmen des Vertrages zur Umsetzung des Disease Management Programms KHK 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"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Name, Vorname, Titel	[LANR]	[BSNR]	als koord. Arzt	als koord. FA/HA	ab Datum
2. _____	_____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Name, Vorname, Titel	[LANR]	[BSNR]	als koord. Arzt	als koord. FA/HA	ab Datum
3. _____	_____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Name, Vorname, Titel	[LANR]	[BSNR]	als koord. Arzt	als koord. FA/HA	ab Datum

Nachfolgend genannte in meiner Praxis/Einrichtung angestellte/r Ärztin/Arzt/Ärzte **erbringt / erbringen keine Leistungen mehr** im Rahmen des Vertrages zur Umsetzung des Disease Management Programms KHK 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"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Name, Vorname, Titel	[LANR]	[BSNR]	als koord. Arzt	als koord. FA/HA	ab Datum
2. _____	_____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Name, Vorname, Titel	[LANR]	[BSNR]	als koord. Arzt	als koord. FA/HA	ab Datum
3. _____	_____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Name, Vorname, Titel	[LANR]	[BSNR]	als koord. Arzt	als koord. FA/HA	ab Datum

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

\_\_\_\_\_  
Unterschrift und Stempel  
Arzt bzw. Leiter des MVZ