
Anlage 4
Ergänzungserklärung Leistungserbringer

zur Vereinbarung zur Durchführung des strukturierten Behandlungsprogramms (DMP) nach § 137f SGB V
Osteoporose
zwischen der Kassenärztlichen Vereinigung Hessen und den Krankenkassen in Hessen

**Teilnahmeerklärung des zugelassenen Leistungserbringers zum strukturierten
Behandlungsprogramm Osteoporose**

Kassenärztliche Vereinigung Hessen
Mitgliederservice Sonderverträge
Europa-Allee 90
60486 Frankfurt

Erklärung zu angestellten Ärzten

Bei mir/uns

1. _____
Name und Vorname anstellender Arzt/Geschäftsführer des anstellenden Medizinischen Versorgungszentrums

2. _____
Name und Vorname anstellender Arzt/Geschäftsführer des anstellenden Medizinischen Versorgungszentrums

3. _____
Name und Vorname anstellender Arzt/Geschäftsführer des anstellenden Medizinischen Versorgungszentrums

erbringen nachfolgend genannte in meiner/unserer Praxis/MVZ angestellte Ärzte Leistungen im Rahmen des zwischen der Kassenärztlichen Vereinigung Hessen und den Krankenkassen geschlossenen **Vertrages zur Umsetzung des Disease-Management-Programms Osteoporose**:

- | | | | | |
|----|----------------|--|----------|-------|
| 1. | Name | _____ | LANR | _____ |
| | Vorname, Titel | _____ | BSNR | _____ |
| | als | koord. Arzt <input type="checkbox"/> Facharzt <input type="checkbox"/> | ab Datum | _____ |
| 2. | Name | _____ | LANR | _____ |
| | Vorname, Titel | _____ | BSNR | _____ |
| | als | koord. Arzt <input type="checkbox"/> Facharzt <input type="checkbox"/> | ab Datum | _____ |
| 3. | Name | _____ | LANR | _____ |
| | Vorname, Titel | _____ | BSNR | _____ |
| | als | koord. Arzt <input type="checkbox"/> Facharzt <input type="checkbox"/> | ab Datum | _____ |

Nachfolgend genannte in meiner/unsere(r) Praxis/MVZ angestellte Ärzte erbringen **keine Leistungen mehr** im Rahmen des zwischen der Kassenärztlichen Vereinigung Hessen und den Krankenkassen geschlossenen **Vertrages zur Umsetzung des Disease-Management-Programms Osteoporose**:

1.	Name	_____	LANR	_____
	Vorname, Titel	_____	BSNR	_____
			ab Datum	_____
2.	Name	_____	LANR	_____
	Vorname, Titel	_____	BSNR	_____
			ab Datum	_____
3.	Name	_____	LANR	_____
	Vorname, Titel	_____	BSNR	_____
			ab Datum	_____

Ort, Datum

Unterschrift/Unterschriften und Stempel des
anstellenden Arztes/der anstellenden Ärzte
bzw. des Geschäftsführers/den Geschäftsführern
des anstellenden Medizinischen Versorgungszentrums