

Ergänzungserklärung des Arztes

zu dem Vertrag zur Durchführung des Disease-Management-Programms nach § 137f SGB V Diabetes mellitus Typ 2 zwischen der Kassenärztlichen Vereinigung Berlin und den Krankenkassenverbänden Berlin

Erklärung zu jedem angestellten Arzt

Nachfolgend genannter in meiner Praxis/Einrichtung angestellte/r Ärztin/Arzt **erbringt Leistungen** im Rahmen des Vertrages zur Durchführung des Disease-Management-Programms Diabetes mellitus Typ 2 zwischen der KV Berlin und den Krankenkassenverbänden Berlin:

 Name, Vorname, Titel [LANR] [BSNR] o.[NBSNR] als koord. Arzt § 3 als diabetol. qual. Arzt § 4 ab Datum

Folgende fachliche Voraussetzung gemäß § 3 wird durch den genannten, bei mir angestellten Arzt, erfüllt:

Facharzt/-ärztin für Allgemeinmedizin, Innere Medizin oder Praktischer Arzt/Ärztin sowie Arzt/Ärztin ohne Gebietsbezeichnung mit Tätigkeit im hausärztlichen Versorgungssektor

- Folgende fachliche Voraussetzung gemäß § 4 wird durch den genannten, bei mir angestellten Arzt, erfüllt:

A. Facharzt/-ärztin für Allgemeinmedizin, Praktischer Arzt/Ärztin oder Arzt/Ärztin ohne Gebietsbezeichnung

Anerkennung als Diabetologe DDG oder
 Subspezialisierung Diabetologie oder
 Zusatzbezeichnung Diabetologie

B. Facharzt/-ärztin für Innere Medizin

Anerkennung als Diabetologe DDG oder
 Subspezialisierung Diabetologie oder
 Zusatzbezeichnung Diabetologie oder
 Berechtigung zum Führen der Schwerpunktbezeichnung Endokrinologie bzw. Endokrinologie und Diabetologie

C. Facharzt/-ärztin für Innere Medizin und Endokrinologie und Diabetologie

Behandlung Diabetiker
 dauerhafte Betreuung (mindestens 12 Monate) von Diabetespatienten

Anlage 5.3

Nachfolgend genannte in meiner Praxis/Einrichtung angestellte/r Ärztin/Arzt erbringt **keine Leistungen mehr** im Rahmen des Vertrages zur Durchführung des Disease-Management-Programms Diabetes mellitus Typ 2 zwischen der KV Berlin und den Krankenkassenverbänden Berlin:

Name, Vorname, Titel [LANR] [BSNR] o.[NBSNR] als koord. Arzt § 3 als diabetol. qual. Arzt § 4 ab Datum

Ort, Datum

Unterschrift angestellter Arzt

Unterschrift anstellender Arzt/
Leiter der Einrichtung und
Vertragsarztstempel