

Ergänzungserklärung des Arztes

zu dem Vertrag zur Durchführung des Disease-Management-Programms nach § 137f SGB V Asthma 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 Asthma zwischen der KV Berlin und den Krankenkassenverbänden Berlin:

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

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

**Facharzt/-ärztin für Allgemeinmedizin, Innere Medizin, Kinder- und
Jugendmedizin oder Praktischer Arzt/Ärztin bzw. Arzt/Ärztin mit
Tätigkeit im hausärztlichen Versorgungssektor**

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

➤ Für Erwachsene und in Einzelfällen für Kinder und Jugendliche:

A. Facharzt/-ärztin für Innere Medizin mit der Berechtigung zum Führen

- der Schwerpunktbezeichnung „Pneumologie“
- und/oder
- der Teilgebietsbezeichnung „Lungen- und Bronchial-
heilkunde“

oder

B. Facharzt/-ärztin für Innere Medizin ohne Schwerpunktbezeichnung jedoch mit nachgewiesener pulmologischer Schwerpunkttätigkeit und der Genehmigung zur Abrechnung der GNRn 13650 und 13651 durch die KV Berlin

oder

C. Ärzte mit der Arztbezeichnung „Lungenarzt“ bzw. „Arzt für Lungen- und Bronchialheilkunde“

➤ Für Kinder oder Jugendliche:

Facharzt/-ärztin für Kinder- und Jugendmedizin

- oder
 - mit der Zusatzweiterbildung „Pneumologie“
- oder
 - mit der Zusatzweiterbildung „Allergologie“
- oder
 - mit der Schulungsberechtigung für ein akkreditiertes Schulungsprogramm für Kinder und Jugendliche mit Asthma
- oder
 - mit Nachweis einer mindestens 12-monatigen Zusatzweiterbildung in Kinder-Pneumologie in einer zugelassenen Weiterbildungsstätte oder vergleichbaren Abteilung
- oder
 - Genehmigung zur Abrechnung pulmologischer Leistungen nach Abschnitt III Kapitel 4.4 EBM

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

	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Name, Vorname, Titel	[LANR]	[BSNR] o.[NBSNR]	als koord. Arzt § 3	als qual. FA § 4	ab Datum	

Ort, Datum

Unterschrift angestellter Arzt

Unterschrift anstellender Arzt/
Leiter der Einrichtung und
Vertragsarztstempel