

Bitte zurücksenden an:

KASSENÄRZTLICHE VEREINIGUNG BERLIN
Qualitätssicherung
Masurenallee 6 A, 14057 Berlin

Telefon (030) 31003 - 597/397, Fax (030) 31003 - 305

Vertragsarztstempel
(ggf. Datum der geplanten Niederlassung)

Teilnahmeerklärung

**zur elektronischen Übermittlung (eDMP) zu den Verträgen zur Durchführung der Strukturierten
Behandlungsprogramme nach § 137f SGB V Diabetes mellitus Typ 1 und 2, Koronare
Herzkrankheit, Asthma bronchiale und COPD auf der Grundlage des § 73a SGB V**

Name des Antragstellers: _____

Betriebsstättennummer (BSNR): _____
(ersatzweise Stempelnummer)

Ich bin *in Einzelpraxis / Gemeinschaftspraxis* niedergelassener Arzt
(nicht Zutreffendes bitte streichen)

Ich bin im MVZ _____ angestellter Arzt/Vertragsarzt
(Name des MVZ) (nicht Zutreffendes bitte streichen)

Ich bin am Krankenhaus _____ ermächtigter Arzt
(Name des Krankenhauses)

Die Antragstellung erfolgt: für mich

für den bei mir/ im MVZ/ angestellten Arzt _____
(nicht Zutreffendes bitte streichen) (Name des angestellten Arztes)

Lebenslange Arztnummer (LANR): _____
(wenn vorhanden)

Telefon (tagsüber): _____ E-Mail Adresse _____

Hiermit erkläre ich die ausschließliche Teilnahme am eDMP im Rahmen der Disease-
Management-Programme ab dem:
Datum bitte angeben

Ich nehme an folgenden DMPs teil und setze die folgende zertifizierte DMP-Software ein:

	Teilnahme am DMP (bitte ankreuzen)	Softwarehersteller	Name der Software	KBV-Prüfnummer DMP (beim Hersteller zu erfragen)
DMP Diabetes mellitus Typ 2				
DMP Diabetes mellitus Typ 1				
DMP KHK				
DMP Asthma				
DMP COPD				

ERKLÄRUNG / VERPFLICHTUNG

Ich verpflichte mich, dass ich zum o.g. Zeitpunkt ausschließlich im eDMP- Verfahren dokumentiere und die Daten elektronisch übermitteln werde. Hierfür werde ich ausschließlich KBV-zertifizierte Software mit dem dazugehörigen Verschlüsselungsmodul verwenden.

Ich versichere die Richtigkeit der Angaben.

Berlin, den

.....
Unterschrift + ARZTSTEMPEL

.....
Unterschrift Leiter der Einrichtung