



Kassenärztliche Vereinigung Berlin
Abteilung Qualitätssicherung
Masurenallee 6 A
14057 Berlin

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

Praxisstempel

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):

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Die Antragstellung erfolgt: für mich
 für den angestellten Arzt/ Job-Sharer _____
(nicht Zutreffendes bitte streichen) (Name des Arztes)

Niedergelassener Arzt in Einzelpraxis Berufsausübungsgemeinschaft
 MVZ ÜBAG Sonstige

Angestellter Arzt in Einzelpraxis Berufsausübungsgemeinschaft
 MVZ ÜBAG Sonstige

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

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