

Ergänzungserklärung des Arztes

zu dem Vertrag zur Durchführung des Disease-Management-Programms nach § 137f SGB V COPD zwischen der Kas-
senärztlichen 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 COPD zwi-
schen 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 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:

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“**

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 COPD 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

Ort, Datum

Unterschrift angestellter Arzt

Unterschrift anstellender Arzt/
Leiter der Einrichtung und
Vertragsarztstempel