

Anlage 4a
Ergänzungserklärung zur Teilnahme- und Einwilligungserklärung
des Vertragsarztes/der Einrichtung

zum Vertrag zur Durchführung des strukturierten Behandlungsprogramms (DMP) Diabetes mellitus Typ 2
nach § 137f SGB V

Kassenärztliche Vereinigung Thüringen
Zum Hospitalgraben 8
99425 Weimar

Ergänzungserklärung zur Teilnahme- und Einwilligungserklärung des Vertragsarztes/der Einrichtung zu angestellten Ärzten

Nachfolgend genannte/r in meiner Praxis/Einrichtung angestellte/r Ärztin/Arzt **erbringt Leistungen** im Rahmen des Vertrages zur Umsetzung des DMP Diabetes mellitus Typ 2 zwischen der Kassenärztlichen Vereinigung Thüringen und den Krankenkassen:

- | | | | | | | |
|----|----------------------|--------|-----------|--------------------------|--------------------------|----------|
| 1. | _____ | _____ | _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | _____ |
| | Name, Vorname, Titel | [LANR] | [(N)BSNR] | als koord. Arzt | als FA | ab Datum |
| 2. | _____ | _____ | _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | _____ |
| | Name, Vorname, Titel | [LANR] | [(N)BSNR] | als koord. Arzt | als FA | ab Datum |
| 3. | _____ | _____ | _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | _____ |
| | Name, Vorname, Titel | [LANR] | [(N)BSNR] | als koord. Arzt | als FA | ab Datum |

Nachfolgend genannte/r in meiner Praxis/Einrichtung angestellte/r Ärztin/Arzt **erbringt keine Leistungen mehr** im Rahmen des Vertrages zur Umsetzung des DMP Diabetes mellitus Typ 2 zwischen der Kassenärztlichen Vereinigung Thüringen und den Krankenkassen:

- | | | | | | | |
|----|----------------------|--------|-----------|--------------------------|--------------------------|----------|
| 1. | _____ | _____ | _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | _____ |
| | Name, Vorname, Titel | [LANR] | [(N)BSNR] | als koord. Arzt | als FA | ab Datum |
| 2. | _____ | _____ | _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | _____ |
| | Name, Vorname, Titel | [LANR] | [(N)BSNR] | als koord. Arzt | als FA | ab Datum |
| 3. | _____ | _____ | _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | _____ |
| | Name, Vorname, Titel | [LANR] | [(N)BSNR] | als koord. Arzt | als FA | ab Datum |

Ort, Datum

Unterschrift und Stempel anstellender Vertragsarzt bzw. ärztlicher Leiter

Unterschrift/en des angestellten Arztes/der angestellten Ärzte