

## Anlage 5a Ergänzungserklärung zur Teilnahme- und Einwilligungserklärung des Vertragsarztes/der Einrichtung

zum Vertrag zur Durchführung des strukturierten Behandlungsprogramms (DMP) Asthma/COPD  
nach § 137f SGB V

Kassenärztliche Vereinigung Thüringen  
Zum Hospitalgraben 8  
99425 Weimar

### Ergänzungserklärung zur Teilnahme- und Einwilligungserklärung (TE/EWE) 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 Asthma/COPD zwischen der Kassenärztlichen Vereinigung Thüringen und den Krankenkassen:

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

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

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

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift und Stempel anstellender Vertragsarzt bzw. ärztlicher Leiter

\_\_\_\_\_  
Unterschrift/en des angestellten Arztes/der angestellten Ärzte