

Anlage 4a

Ergänzungserklärung zur Teilnahmeerklärung des Arztes/der Einrichtung

zum Vertrag über ein strukturiertes Behandlungsprogramm (DMP) zur Verbesserung der Versorgungssituation von Brustkrebspatientinnen in Thüringen

Ergänzungserklärung des zugelassenen Arztes zum Behandlungsprogramm Brustkrebs

Kassenärztliche Vereinigung Thüringen
Zum Hospitalgraben 8
99425 Weimar

Erklärung zu angestellten Ärzten

Nachfolgend genannte in meiner Praxis/Einrichtung angestellte/r Ärztin/Arzt **erbringt Leistungen** im Rahmen des Vertrages zur Umsetzung des Disease-Management-Programms Brustkrebs 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 in meiner Praxis/Einrichtung angestellte/r Ärztin/Arzt **erbringt keine Leistungen mehr** im Rahmen des Vertrages zur Umsetzung des Disease-Management-Programms Brustkrebs 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 Arzt bzw. ärztlicher Leiter

Ort, Datum

Unterschrift/en des/der angestellten Arztes/Ärzte