

## 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