Anlage 10b
Ergänzungserklärung zur Teilnahme- und Einwilligungserklärung des Vertragsarztes/ der Einrichtung

zum Vertrag zur Durchführung des strukturierten Behandlungsprogramms (DMP) Diabetes mellitus Typ 1 nach § 137f SGB V

Kassenärztliche Vereinigung Thüringen
Zum Hospitalgraben 8
99425 Weimar

Erklärung 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 1 zwischen der Kassenärztlichen Vereinigung Thüringen und den Krankenkassen:

1._____	_____	_____	☐	☐	_____
Name, Vorname, Titel	[LANR]	[(N)BSNR]	als koord. Arzt	als FA	ab Datum
2._____	_____	_____	☐	☐	_____
Name, Vorname, Titel	[LANR]	[(N)BSNR]	als koord. Arzt	als FA	ab Datum
3._____	_____	_____	☐	☐	_____
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 1 zwischen der Kassenärztlichen Vereinigung Thüringen und den Krankenkassen:

1._____	_____	_____	☐	☐	_____
Name, Vorname, Titel	[LANR]	[(N)BSNR]	als koord. Arzt	als FA	ab Datum
2. _____	_____	_____	☐	☐	_____
Name, Vorname, Titel	[LANR]	[(N)BSNR]	als koord. Arzt	als FA	ab Datum
3. _____	_____	_____	☐	☐	_____
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/der angestellten Arztes/Ärzte