Anlage 4a

Ergänzungserklärung zur Teilnahme- und Einwilligungserklärung des Vertragsarztes/ der Einrichtung

zum Vertrag zur Durchführung des strukturierten Behandlungsprogramms (DMP) Koronare Herzkrankheit nach § 137f SGB V

Ergänzungserklärung des zugelassenen Leistungserbringers zum DMP Koronare Herzkrankheit (KHK)

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 Koronare Herzkrankheit 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

Die Teilnahme als FA erfolgt ☐ Invasiv und/oder ☐ nicht invasiv

Nachfolgend genannte/r in meiner Praxis/Einrichtung angestellte/r Ärztin/Arzt erbringt **keine Leistungen mehr** im Rahmen des Vertrages zur Umsetzung des DMP Koronare Herzkrankheit 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