

Kassenärztliche Vereinigung Saarland  
Europaallee 7-9  
66113 Saarbrücken

Ergänzungserklärung zur Teilnahme am gemeinsamen Disease-Management- Programm  
Asthma bronchiale (**DMP Vertrag zwischen der KVS und dem BKK Landesverband Mitte**)

### 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 Asthma bronchiale zwischen der Kassenärztlichen Vereinigung Saarland und dem BKK Landesverband Mitte:

|    |                      |       |       |                          |                          |          |
|----|----------------------|-------|-------|--------------------------|--------------------------|----------|
| 1. | _____                | _____ | _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | _____    |
|    | Name, Vorname, Titel | LANR  | BSNR  | als koord. Arzt          | als FA                   | ab Datum |
| 2. | _____                | _____ | _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | _____    |
|    | Name, Vorname, Titel | LANR  | BSNR  | als koord. Arzt          | als FA                   | ab Datum |
| 3. | _____                | _____ | _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | _____    |
|    | Name, Vorname, Titel | LANR  | 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 Asthma bronchiale zwischen der Kassenärztlichen Vereinigung Saarland und dem BKK Landesverband Mitte:

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

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

\_\_\_\_\_  
Unterschrift und Stempel Vertragsarzt