

Kassenärztliche Vereinigung Saarland
Europaallee 7-9
66113 Saarbrücken

Ergänzungserklärung zur Teilnahme am gemeinsamen Disease-Management- Programm Brustkrebs der AOK, KNAPPSCHAFT, IKK, SVLFG und Ersatzkassen im Saarland

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 Saarland und den Krankenkassen:

1. _____
Name, Vorname, Titel LANR BSNR ab Datum
2. _____
Name, Vorname, Titel LANR BSNR ab Datum
3. _____
Name, Vorname, Titel LANR BSNR 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 Saarland und den Krankenkassen:

1. _____
Name, Vorname, Titel LANR BSNR ab Datum
2. _____
Name, Vorname, Titel LANR BSNR ab Datum
3. _____
Name, Vorname, Titel LANR BSNR ab Datum

Ort, Datum

Unterschrift und Stempel Vertragsarzt