

Kassenärztliche Vereinigung Saarland
Europaallee 7 - 9
66113 Saarbrücken

Ergänzungserklärung zur Teilnahme am gemeinsamen Disease-Management- Programm Diabetes mellitus Typ 2 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 Diabetes mellitus Typ 2 zwischen der Kassenärztlichen Vereinigung Saarland und den Krankenkassen:

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 Diabetes mellitus Typ 2 zwischen der Kassenärztlichen Vereinigung Saarland und den Krankenkassen:

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 Vertragsarztstempel