

Kassenärztliche Vereinigung Saarland
 Europaallee 7 - 9
 66113 Saarbrücken

Ergänzungserklärung zur Teilnahme am gemeinsamen Disease-Management- Programm Osteoporose 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 Osteoporose zwischen der Kassenärztlichen Vereinigung Saarland und den Krankenkassen:

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

Nachfolgend genannte in meiner Praxis/Einrichtung angestellte(r) Ärztin/Arzt erbringt **keine Leistungen mehr** im Rahmen des Vertrages zur Umsetzung des Disease-Management-Programms Osteoporose zwischen der Kassenärztlichen Vereinigung Saarland und den Krankenkassen:

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

 Ort, Datum

 Unterschrift und Vertragsarztstempel