



QR-Code nur für KVWL interne Verwendung

### Anlage 4a

## zur Vereinbarung über die Durchführung des strukturierten Behandlungsprogramms nach § 137f SGB V zur Verbesserung der Versorgungssituation von Brustkrebs-Patientinnen

### Ergänzende Erklärung zu angestellten Ärzten zum Behandlungsprogramm Brustkrebs

Kassenärztliche Vereinigung  
Westfalen-Lippe

Robert-Schimrigk-Str. 4 – 6  
44141 Dortmund

Telefax:  
0231/9432-1569

Nachfolgend genannter Arzt erfüllt die Anforderungen der DMP-Vereinbarung zur Strukturqualität und **erbringt Leistungen** im Rahmen der o.a. Vereinbarung:

|                      |                      |                      |                 |                      |
|----------------------|----------------------|----------------------|-----------------|----------------------|
| 1.                   | <input type="text"/> | <input type="text"/> |                 | <input type="text"/> |
| Name, Vorname, Titel | (LANR)               | (BSNR)               | als koord. Arzt | Beginndatum          |
| 2.                   | <input type="text"/> | <input type="text"/> |                 | <input type="text"/> |
| Name, Vorname, Titel | (LANR)               | (BSNR)               | als koord. Arzt | Beginndatum          |
| 3.                   | <input type="text"/> | <input type="text"/> |                 | <input type="text"/> |
| Name, Vorname, Titel | (LANR)               | (BSNR)               | als koord. Arzt | Beginndatum          |

Nachfolgend genannter Arzt **erbringt keine Leistungen mehr** im Rahmen der o.a. Vereinbarung:

|                      |                      |                      |                 |                      |
|----------------------|----------------------|----------------------|-----------------|----------------------|
| 1.                   | <input type="text"/> | <input type="text"/> |                 | <input type="text"/> |
| Name, Vorname, Titel | (LANR)               | (BSNR)               | als koord. Arzt | Endedatum            |
| 2.                   | <input type="text"/> | <input type="text"/> |                 | <input type="text"/> |
| Name, Vorname, Titel | (LANR)               | (BSNR)               | als koord. Arzt | Endedatum            |
| 3.                   | <input type="text"/> | <input type="text"/> |                 | <input type="text"/> |
| Name, Vorname, Titel | (LANR)               | (BSNR)               | als koord. Arzt | Endedatum            |

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

Unterschrift

Vertragsarztstempel