

**Anlage 10**  
**zur Vereinbarung zur Optimierung der Versorgung**  
**von Typ 1- und Typ 2-Diabetikern im Rahmen strukturierter Behandlungsprogramme**  
**nach § 137 f SGB V**

**Ergänzende Erklärung zu angestellten Ärzten für das Behandlungsprogramm**  
**Diabetes mellitus Typ 2**

Kassenärztliche Vereinigung  
 Westfalen-Lippe  
 Robert-Schimrigk-Str. 4 – 6  
 44141 Dortmund

**Telefax:**  
**0231/9432-1569      **Achtung:** Die Anlage 10 ist mit der ausgefüllten Anlage 8 zu faxen.**

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

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

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

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

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

\_\_\_\_\_  
 Unterschrift

\_\_\_\_\_  
 Arztstempel