

**Anlage 9
zur Vereinbarung zur Optimierung der Versorgung
von Typ 1- und Typ 2-Diabetikern im Rahmen strukturierter Behandlungsprogramme
nach § 137f SGB V**

**Ergänzende Erklärung zu angestellten Ärzten für das Behandlungsprogramm
Diabetes mellitus Typ 1**

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

Telefax:

0231/9432-1569

Achtung: Die Anlage 9 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