

## Anlage 7a

### Ergänzungserklärung zur Teilnahmeerklärung Ärzte und Medizinische Versorgungszentren

zu dem Vertrag zur Durchführung des Disease-Management-Programms nach § 137f SGB V i.V.m. § 83 SGB V Brustkrebs zwischen der KVSH, Bad Segeberg und der AOK NORDWEST - Die Gesundheitskasse -, Dortmund; dem BKK-Landesverband NORDWEST, Hamburg; der IKK-Nord, Schwerin; der KNAPPSCHAFT und dem Verband der Ersatzkassen e.V. (vdek) Landesvertretung Schleswig-Holstein, Kiel

### Ergänzungserklärung zur Teilnahmeerklärung Vertragsärzte und Medizinische Versorgungszentren

Kassenärztliche Vereinigung Schleswig-Holstein  
Bismarckallee 1-3  
23795 Bad Segeberg

#### 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 Brustkrebs zwischen der Kassenärztlichen Vereinigung Schleswig-Holstein und den Krankenkassen:

1. \_\_\_\_\_   
Name, Vorname, Titel [LANR] [BSNR] ab Datum

2. \_\_\_\_\_   
Name, Vorname, Titel [LANR] [BSNR] ab Datum

3. \_\_\_\_\_   
Name, Vorname, Titel [LANR] [BSNR] 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 Brustkrebs zwischen der Kassenärztlichen Vereinigung Schleswig-Holstein und den Krankenkassen:

1. \_\_\_\_\_   
Name, Vorname, Titel [LANR] [BSNR] ab Datum

2. \_\_\_\_\_   
Name, Vorname, Titel [LANR] [BSNR] ab Datum

3. \_\_\_\_\_   
Name, Vorname, Titel [LANR] [BSNR] ab Datum

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

\_\_\_\_\_  
Unterschrift und Stempel des  
Vertragsarztes /  
Medizinischen Versorgungszentrums