

Kassenärztliche Vereinigung Bayerns
Qualitätssicherung
Elsenheimerstr. 39
80687 München

Faxnummer: 089/ 57093-61299
E-Mail: QS-Team-DMP@kvb.de

Anlage

Kooperationsvereinbarung zum Antrag auf Teilnahme am DMP Diabetes mellitus Typ 1
Strukturqualität koordinierender Arzt nach § 3 i. V. m. Anlage 1c (hausärztliche Versorgung)


Antragsteller

LANR: _ _ _ _ _ _ _ _ _ _	Titel _____
Name _____, Vorname _____	


<input type="checkbox"/>	Ich kooperiere mit nachfolgend genanntem diabetologisch besonders qualifizierten Arzt (diabetologische Schwerpunktpraxis).
<input type="checkbox"/>	Der bei mir angestellte Arzt Titel _____ Name _____, Vorname _____ kooperiert mit nachfolgend genanntem diabetologisch besonders qualifizierten Arzt (diabetologische Schwerpunktpraxis).
<input type="checkbox"/>	Der im MVZ beschäftigte Arzt (angestellter Arzt oder Vertragsarzt) kooperiert mit nachfolgend genanntem diabetologisch besonders qualifizierten Arzt (diabetologische Schwerpunktpraxis).

Kooperationspartner (diabetologisch besonders qualifizierter Arzt):
Titel _____,
Name _____, Vorname _____
_____ Straße, Hausnummer, PLZ, Ort der diabetologischen Schwerpunktpraxis

Ort, Datum

Unterschrift Antragsteller 

Ort, Datum

Unterschrift Kooperationspartner 

Stempel Antragsteller