

Vertragsarztstempel



**DMP Diabetes mellitus Typ 1 (DMP DM 1):
Erklärung über zusätzliche besondere
Fachkenntnisse gem. § 3 Abs. 2 i.V.m. Anlage 1 im
Rahmen der DMP-Teilnahme**

Arzt/Angestellter Arzt (Namen bitte in Druckbuchstaben schreiben)	Lebenslange Arztnummer (LANR)	Betriebs-/ Nebenbetriebsstättennummer (BSNR)

Der teilnehmende DMP-Arzt muss seine Teilnahme nicht nur im Hinblick auf seine koordinierende Funktion erklären, sondern er kann auch besondere Fachkenntnisse angeben.

Die zusätzlichen besonderen Fachkenntnisse werden gesondert im Leistungserbringer-Verzeichnis ausgewiesen.

<p>Hiermit bestätige ich, dass ich über zusätzliche besondere Fachkenntnisse verfüge: (Zutreffendes bitte ankreuzen)</p> <p><u>Dauerbehandlung Insulinpumpentherapie</u> Behandlung von mind. 10 Patienten mit Insulinpumpen pro Jahr</p> <p><u>Behandlung schwangerer Typ 1-Diabetikerinnen</u> mind. 5 schwangere Patientinnen in zwei Jahren und Zusammenarbeit mit einem geburtshilflichen Zentrum mit angeschlossener Neonatologie</p>	⇒	<p>(Name/Ort des geburtshilflichen Zentrums)</p>
---	---	--

Ort / Datum

Unterschrift