Kassenärztliche Vereinigung Bayerns
Qualitätssicherung
Elsenheimerstr. 39
80687 München

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

Anlage

Erklärung zur Kooperation im Rahmen der Diabetesvereinbarungen und des DMP-Plattformvertrages

Antragsteller

Nutzer des Geräts

LANR: |__|__|__|__|__|__|__|__|__| **Titel** _____

Name _____, **Vorname** _____

Mit folgenden Partnern kooperiere ich:

1. Podologe oder medizinischer Fußpfleger nach § 124 SGB V
2. Orthopädie-Schuhmacher oder -Schuhtechniker
3. Gefäßchirurg,
4. Chirurg,
5. Orthopäde,
6. Angiologe,
7. interventioneller Radiologie,
8. Mikrobiologielabor
9. Gynäkologen, für den Fall, dass schwangere Patientinnen mit Diabetes mellitus Typ 1 oder Typ 2 oder Gestationsdiabetikerinnen behandelt werden

_____ _____

Ort, Datum Unterschrift Vertragsarzt / BAG-Vertretungsberechtigter / MVZ-Vertretungsberechtigter