

## **Unaufgeforderte Stellungnahme zu Anforderungen an strukturierte Behandlungsprogramme (DMP) (nach 6. Kapitel § 5 Verfo)**

**Name der stellungnehmenden Organisation:**

**Zuordnung als:**

- ambulante Vorsorge- und Rehaeinrichtung
- Selbsthilfeorganisation
- Sonstiger Leistungserbringer
- Andere

**Adresse:**

**Telefon:**

**E-Mail Adresse:**

**Datum:**

**Bitte kreuzen Sie an, auf welches DMP sich Ihre Stellungnahme bezieht:**

**DMP Asthma bronchiale**

(Anlagen 9 und 10 der DMP-Anforderungen-Richtlinie)

**DMP Brustkrebs**

(Anlagen 3 und 4 der DMP-Anforderungen-Richtlinie)

**DMP Chronische obstruktive Lungenerkrankung (COPD)**

(Anlagen 11 und 12 der DMP-Anforderungen-Richtlinie)

**DMP Diabetes mellitus Typ 1**

(Anlagen 7 und 8 der DMP-Anforderungen-Richtlinie)

**DMP Diabetes mellitus Typ 2**

(Anlagen 1 und 8 der DMP-Anforderungen-Richtlinie)

**DMP Koronare Herzkrankheit (KHK)**

(Anlagen 5 und 6 der DMP-Anforderungen-Richtlinie)

**DMP Herzinsuffizienz (HI)**

(Anlagen 13 und 14 der DMP-Anforderungen-Richtlinie)

**Fügen Sie Ihrer Stellungnahme Literatur bei?**

Ja

Nein

**Bitte reichen Sie diese in elektronischer Form per E-Mail oder im Falle umfangreicher Unterlagen als CD-Rom unter folgender Adresse ein:**

**Gemeinsamer Bundesausschuss, Postfach 12 06 06, 10596 Berlin**

**Bitte geben Sie nachfolgend an, auf welche Ziffern sich Ihre Stellungnahme bezieht und mit welchen Literaturstellen Sie Ihre Aussage belegen. Stellungnahmen zur DMP-Dokumentation geben Sie bitte unter Angabe des jeweiligen Dokumentationsparameters und der laufenden Nummer ab.**

**Sie können das nachstehende Feld nutzen oder Ihre Stellungnahme als separate Anlage elektronisch übermitteln.**