



**Antrag auf Teilnahme am DMP
Asthma bronchiale/COPD
Erklärung zur Strukturqualität (fachärztliche Versorgungsebene)**

**Bitte fügen Sie dieser Erklärung die Teilnahmeerklärung
(Anlage 5 des DMP-Vertrages) bei.**

Name: _____

Gebietsbezeichnung: _____

Telefon: _____

Telefax: _____

Meine Praxis bietet folgende apparative Ausstattung:

Bitte Zutreffendes ankreuzen:

Spirometrie (mit einem CE - geprüften Gerät)

Bestimmung der kapillaren Blutgase

Röntgenaufnahme Thorax

(Die Untersuchung kann auch als Auftragsleistung erbracht werden.)

bei Asthma: allergologische Diagnostik

(Die Untersuchung kann auch als Auftragsleistung erbracht werden.)

Für Erwachsene zusätzlich:

Ganzkörper - Plethysmographie (mit einem CE - geprüften Gerät)

Ort, Datum

Stempel, Unterschrift