

**Kooperationsbestätigung  
mit einer Diabetologischen Schwerpunktpraxis (DSP)**

Hiermit vereinbaren wir, zur Versorgung von Patienten mit Diabetes mellitus Typ 1 im Rahmen des DMP Diabetes mellitus Typ 1 miteinander zu kooperieren.

Änderungen bezüglich dieser Kooperation werden wir der Kassenärztlichen Vereinigung Nordrhein unverzüglich mitteilen.

.....  
Ort, Datum

.....  
Unterschrift des Hausarztes (DHA)/  
Vertragsarztstempel

.....  
Unterschrift der DSP/  
Vertragsarztstempel