

## Änderung der Stammdaten

Nachname																														
Vorname																														
LANR											BSNR																			

Änderungen gültig ab: \_\_\_\_\_

### Neue Daten *(nur auszufüllen bei Änderungen)*

BSNR geänderte																														
BSNR zusätzliche																														
Straße & Hausnummer																														
PLZ und Ort																														
Telefon																														
Fax																														
E-Mail																														
Bank																														
Kontoinhaber																														
IBAN																														
BIC																														

Wegfall	Zugang	Verbandsmitgliedschaften
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Mitgliedschaft MEDI Baden-Württemberg e.V.
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Mitgliedschaft BNK
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Mitgliedschaft BNFI

Wegfall	Zugang	Teilnahmevoraussetzungen
		<b>1. Persönlich</b>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Zulassung, Vertragsarztsitz und Hauptbetriebsstätte in Baden-Württemberg (Nachweis: KV-Zulassung oder KV-Registerauszug)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Teilnahme an einer Vertragsschulung ist erfolgt (Nachweis: Teilnahmebescheinigung)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Zulassung zur vertragsärztlichen Erbringung und Abrechnung der Echokardiographie (Nachweis: KV-Zulassung/ KV-Registerauszug/ Ermächtigung/ Abrechnung)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Durchführung von mindestens 150 kardiovaskulären Untersuchungen (Ultraschalluntersuchungen), davon mindestens 100 Echokardiographie pro Quartal (Nachweis: KV-Abrechnung der letzten 4 Quartale)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Teilnahme an einer echokardiographischen Fortbildung (Nachweis: Fortbildungsnachweis)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	regelmäßige Nutzung eines Gewebedopplers (insbesondere Beurteilung) (Nachweis: Selbstauskunft, Stichproben durch die Managementgesellschaft)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Teilnahme an DMP gemäß § 3 lit h zum Vertrag (Nachweis: Selbstauskunft)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Besuch von mind. 2 Fortbildungen zu kardiologisch relevanten Themen im Jahr (Nachweis: Selbstauskunft, Stichproben durch die Managementgesellschaft)
		<b>2. Praxis/ BAG/ MVZ</b>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Apparative Ausstattung gemäß KBV Richtlinien Qualitätssicherungsmaßnahmen Ultraschall (Nachweis: Selbstauskunft, Stichproben durch die Managementgesellschaft)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	„Harmonic imaging“ (Nachweis: Selbstauskunft, Stichproben durch die Managementgesellschaft)

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Gewebedoppler (mindestens gepulster Modus) (Nachweis: Selbstauskunft, Stichproben durch die Managementgesellschaft)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Ergometrie mit 12-Kanal-EKG-Registrierung (Nachweis: Selbstauskunft, Stichproben durch die Managementgesellschaft)
		Fortsetzung Teilnahmevoraussetzungen
<b>Wegfall</b>	<b>Zugang</b>	<b>Teilnahmevoraussetzungen</b>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Ausstattung mit einer onlinefähigen IT und Anbindung z.B. über DSL (Nachweis: Selbstauskunft)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Ausstattung mit einem nach BMV-Ä zertifizierten Arztinformationssystem (AIS/Praxis-Softwaresystem) Name, Version: _____ (Nachweis: Selbstauskunft)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Vertragssoftware vorhanden: Name, Version: _____ (Nachweis: Selbstauskunft / Bestätigungsformular)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	HZV-Online-Key vorhanden (Nachweis: Selbstauskunft / Bestätigungsformular)

2.

Wegfall	Zugang	Abrechnungsvoraussetzungen
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Schwerpunktbezeichnung Angiologie (Nachweis: KV-Zulassung)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	oder Duplex-Verfahren ( Nachweis: KV-Zulassung für folgende Duplexe): <input type="checkbox"/> extrakranielle hirnversorgende Gefäße und/oder <input type="checkbox"/> extremitätenver-/entsorgende Gefäße und/oder <input type="checkbox"/> abdominelle und retroperitoneale Gefäße sowie Mediastinum
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Stressechokardiographie (Nachweis: KV-Zulassung)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Herzschrittmacher /Defi/CRT-Kontrolle (Nachweis: KV-Zulassung)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Langzeit-EKG (Nachweis: KV-Zulassung)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Invasive Kardiologie (Nachweis: KV-Zulassung)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Teilnahme an einem elektronischen Qualitätssicherungssystem für invasiv tätige Kardiologen
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Qualifikationen Kardioversion: (Vorhaltung TEE und Möglichkeit zur mehrstündigen Monitorüberwachung und Anwesenheit von 2 Ärzten in der Praxis während Kardioversion ist stets gegeben)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Spiroergometrieinheit (Nachweis: Gerätekauf-/Leasingvertrag, KV-Abrechnung)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	TEE (Nachweis: KV-Abrechnung der letzten 4 Quartale)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	SM-/ICD-/CRT-Implantationen (Nachweis: Facharzt-/Kardiologenzeugnis mit Mengennachweis oder Abrechnungsnachweis für Implantationen über die selbstständige Durchführung durch eine Klinik/Praxis)

Wegfall	Zugang	Sofortabrechnung nach Einschreibung
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Teilnahme an der Sofortabrechnung nach Einschreibung (SANE) Ich habe die Ergänzungsvereinbarung gelesen und verpflichte mich zur Einhaltung sämtlicher in der Ergänzungsvereinbarung geregelter Vorgaben, die sich durch die Unterzeichnung der Teilnahmeerklärung ergeben.

Sonstige Mitteilungen:

---



---



---

Datum \_\_\_\_\_

Unterschrift Vertragsarzt \_\_\_\_\_  
(bei MVZ: Unterschrift ärztlicher Leiter)