

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 BVDN
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Mitgliedschaft DPTV
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Mitgliedschaft Freie Liste der Psychotherapeuten
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Mitgliedschaft dgvt
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Mitgliedschaft IG KJPP

Wegfall	Zugang	Teilnahmevoraussetzungen
		1. Persönlich
<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"/>	Änderung der Fachgruppenzugehörigkeit bzw. der Voraussetzungen zur Abrechnung nach Anlage 12, Abschnitt I Kapitel A, B, nämlich: _____
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Tätigkeit im zeitlichen Umfang gemäß den Vorgaben des § 17 Abs. 1a BMV – Ä (Nachweis: Selbstauskunft)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Erfüllung der Fortbildungspflichten nach § 95d SGB V (Nachweis: Selbstauskunft)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Bereitschaft zum Besuch von mindestens 2 Fortbildungen pro Jahr, im ärztlichen Bereich mit insgesamt 8 CME Punkten (gemäß Anlage 2) (Nachweis: Selbstauskunft, Stichproben durch die Managementgesellschaft)
		2. Praxis/ BAG/ MVZ
<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)

Wegfall	Zugang	Abrechnungsvoraussetzungen
		1. Module
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Abrechnung des Moduls Neurologie
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Abrechnung des Moduls Psychiatrie
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Abrechnung des Moduls Psychotherapie (Nachweis: KV-Genehmigung zur Erbringung der Richtlinienpsychotherapie gemäß Psychotherapie-Vereinbarung)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Abrechnung des Moduls Kinder- und Jugendpsychiatrie
		2. Leistungen
		NEUROLOGIE
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Qualifikation Einstellung des Hirnschrittmachers (Nachweis: Fortbildungsnachweis eines Zentrums für Tiefe Hirnstimulation oder Nachweis über praktische Erfahrung)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Qualifikation Medikamentenpumpenbetreuung (Nachweis: Bescheinigung der Teilnahme einer Fortbildungsveranstaltung oder Nachweis über praktische Erfahrung)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Schmerztherapeutische Versorgung chronisch schmerzkranker Patienten (Nachweis: KV-Genehmigung bzgl. Schmerztherapie bzw. Abrechnungsnachweis des EBM-Kapitels 30.7.1)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Schwerpunktpraxis MS (Behandlung von mind. 60 MS-Patienten im Jahr, Nachweis: Selbstauskunft)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Schwerpunktpraxis Epilepsie (Behandlung von mind. 60 Epilepsie-Patienten im Jahr, Nachweis: Selbstauskunft)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Schwerpunktpraxis Parkinson (Behandlung von mind. 60 Parkinson-Patienten im Jahr, Nachweis: Selbstauskunft)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Nachweis evozierte Potentiale (SEP, MEP, VEP, AEP)/ Blinkreflex (Nachweis: KV-Abrechnung - EBM Ziffern 16320/16321/21320/21321)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Langzeit-EEG (Nachweis: KV-Abrechnung - EBM Ziffern 16311/21311)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Elektromyographie (Nachweis: KV-Abrechnung - EBM Ziffer 16322)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Dopplersonographie (Nachweis: KV-Genehmigung)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Duplexsonographie (Nachweis: KV-Genehmigung)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Neurosonologie (Nachweis: Nachweis: KV-Genehmigung bzw. KV-Abrechnung EBM Ziffer 33100)
		NEUROLOGIE / PSYCHIATRIE
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	EEG (Nachweis: KV-Abrechnung - EBM Ziffern 16310/21310)
		PSYCHOTHERAPIE
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Psychotherapeutische Gruppenbehandlung (Nachweis: KV- Genehmigung, für die vorläufige Genehmigung: Fortbildungsnachweise)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Analytische Psychotherapie (Nachweis: KV-Genehmigung oder KV-Abrechnung - EBM Ziffer 35210 bzw. 35411/35412/35415)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie (Nachweis: KV-Genehmigung)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Neuropsychologische Therapie (Nachweis: KV-Genehmigung)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	(Video-) Fernbehandlung (Nachweis: Lizenzvertrag)
		KINDER- UND JUGENDPSYCHIATRIE
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Sozialpsychiatrie (Nachweis: KV-Genehmigung bzw. Abrechnungsnachweis EBM-Ziffer 88895)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	EEG (Nachweis: KV-Abrechnung – EBM Ziffer 14320)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Langzeitelektroenzephalographische (Schlaf-)Untersuchung (Nachweis: KV-Abrechnung – EBM Ziffer 14321)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Elektronystagmo-/Okulographie, Blinkreflexprüfung (Nachweis: KV-Abrechnung – EBM Ziffer 14330)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Neurophysiologische Untersuchung (SEP, VEP, AEP, MEP) (Nachweis: KV-Abrechnung – EBM Ziffer 14331)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Beschäftigung von Therapeutischen Mitarbeitern in der Praxis (Nachweis: Qualifikationsnachweise gemäß Definition in Anlage 2)

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 / -psychotherapeut _____
(bei MVZ: Unterschrift ärztlicher Leiter)