

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 BVOU
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Mitgliedschaft BNC

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, in
<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 mit insgesamt 8 CME Punkten (Nachweis: Selbstauskunft, Stichproben durch die Managementgesellschaft)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Verpflichtende Teilnahme von mindestens 1 datenbasierten Qualitätszirkel je vollendetem Halbjahr (Nachweis: Teilnahmebescheinigung)
		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 Arzteinformationssystem (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
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Qualifikation Ambulantes Operieren (Nachweis: KV-Zulassung)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Spezielle Schmerztherapie laut Vereinbarung (Nachweis KV-Genehmigung, KV-Abrechnung Ziffer 30700)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Schmerztherapeutische Einrichtung (KV-Genehmigung, KV-Abrechnung Ziffer 30704)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Qualifikation Akupunktur (Nachweis: KV-Genehmigung, KV-Abrechnung Ziffer 30790, 30791)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Qualifikation konventionelle Radiologie (Nachweis: KV-Zulassung, KV-Abrechnung Ziffern 34210,34220-222, 34230-234, 34237-238, ff.)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Sonographie (Nachweis: KV-Genehmigung, KV-Abrechnung Ziffern 33040-43, 33050-52, 33060-64)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Duplexsonographie (Nachweis: KV-Genehmigung, KV-Abrechnung Ziffern 33070-75)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ESWT (Extrakorporale Stoßwellentherapie) (Nachweis: Selbstauskunft / Bestätigungsformular)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Knochendichtemessung mittels DXA, Gerät in Praxisnähe (Nachweis: Kauf- bzw. Leasingvertrag des Gerätes und Anmeldung laut Strahlenschutzvereinbarung)

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)