

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.

Wegfall	Zugang	Teilnahmevoraussetzungen
		1. Persönlich
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Zulassung, Vertragsarztsitz und Hauptbetriebsstätte in Baden-Württemberg <i>(Nachweis: KV Zulassung oder Arztregisterauszug)</i>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Genehmigung zum Hautkrebsscreening gem. Abschnitt D. II der Krebsfrüherkennungs-Richtlinie des G-BA <i>(Nachweis: KV-Genehmigung Hautkrebsscreening)</i>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Teilnahme an einer Vertragsschulung ist erfolgt <i>(Nachweis: Teilnahmebescheinigung)</i>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Erfüllung der Fortbildungspflichten nach § 95d SGB V <i>(Nachweis: Selbstauskunft)</i>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Verpflichtende Teilnahme an mindestens einem Qualitätszirkel pro Kalenderjahr <i>(Nachweis: Teilnahmebescheinigung)</i>
		2. Praxis/ BAG/ MVZ
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Ausstattung mit einer vertragskompatiblen IT und Anbindung über z.B. DSL <i>(Nachweis: Selbstauskunft)</i>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Beantragung der Vertragssoftware vorhanden <i>(Nachweis: Selbstauskunft)</i>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	HZV-Online-Key vorhanden <i>(Nachweis: Bestellformular HZV-Online-Key)</i>

Sonstige Mitteilungen:

Datum _____

Unterschrift Vertragsarzt _____
(bei MVZ: Unterschrift ärztlicher Leiter)