

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 Diabetologen Baden-Württemberg eG |

| 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 zu den inhaltlichen Schwerpunktthemen des Diabetologievertrags (gem. Anlage 2) (Nachweis: Selbstauskunft, Stichproben durch die Managementgesellschaft) |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Teilnahme an mindestens einem strukturierten Qualitätszirkel je vollendetem Halbjahr (gemäß Anlage 2) (Nachweis: Selbstauskunft, Stichproben durch die Managementgesellschaft) |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Behandlung von 40 Patienten mit Diabetes mellitus Typ 1 pro Quartal (Nachweis: Selbstauskunft) |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Behandlung von 200 Patienten mit Diabetes mellitus Typ 2 pro Quartal (Nachweis: Selbstauskunft) |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Teilnahme am DMP Diabetes mellitus Typ 1 |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Teilnahme am DMP Diabetes mellitus Typ 2 |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Teilnahme an Schulungen zur Durchführung von Patientenschulungen im Umgang mit FGM (z.B. Flash) gem. Anlage 2a durch den Facharzt (Nachweis: Fortbildungsnachweis) |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Teilnahme an Schulungen zur Durchführung von Patientenschulungen im Umgang mit rtCGM (z.B. Spectrum) gem. Anlage 2a durch den/die Diabetesberater/in (Nachweis: Fortbildungsnachweis) |

| | | |
|--------------------------|--------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Teilnahme an Schulungen zur Durchführung von Patientenschulungen im Umgang mit Insulinpumpentherapie (z.B. Subito, Input) gem. Anlage 2a durch den/die Diabetesberater/in (Nachweis: Fortbildungsnachweis) |
| Wegfall | Zugang | Teilnahmevoraussetzungen |
| | | 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) |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Vorhalten (Beschäftigung und/oder Kooperation) eines/r Diabetesberater/in gemäß § 3 lit. o) (z.B. DDG), (mindestens eine Vollzeitkraft pro FACHARZT; bei BAGs mindestens eine halbe Vollzeitkraft pro FACHARZT) (Nachweise: Weiterbildungszertifikat zum/r Diabetesberater/in (z.B.: vom DDG) sowie Vorlage Arbeitsvertrag oder schriftliche Bestätigung der Arbeitszeit) Bei Zugang bitte ausfüllen: Name, Vorname Diabetesberater/in: _____ Beschäftigungsumfang: _____ Bei Wegfall bitte ausfüllen: Name, Vorname Diabetesberater/in: _____ Abmeldung zum (TT.MM.JJJJ): _____ |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Teilnahme der Diabetesberater/in an Fortbildungen gem. den Regelungen des VDBD im Umfang von 25 Punkten pro Jahr bzw. 75 Punkten innerhalb von drei Jahren (Nachweis: Fortbildungsnachweis) |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Vorhalten einer qualitätsgesicherten Präsenzblutzuckermessung nach Richtlinien der BÄK und HbA1c-POC-Doagnostik (Nachweis: Protokoll der Qualitätssicherung nach RiLiBÄK) |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | die Praxis bietet die im Rahmen dieses Vertrages festgelegten Patientenschulungen zur Nutzung von FGM, rtCGM und Insulinpumpen an, geeignete Räumlichkeiten sind vorhanden (Nachweis: Selbstauskunft) |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Technische Voraussetzung zur elektronischen Übermittlung von Daten an den von der AOK BW benannten Dienstleister und zur EDV-gestützten Auswertung der Glukose-Selbstkontrolle der Versicherten mit FGM- und rtCGM-Geräte und entsprechende Datenerfassungen (vgl. Anlage 2a) (Nachweis: Selbstauskunft) |

| | | |
|--------------------------|--------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Wegfall | Zugang | Abrechnungsvoraussetzungen |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Zertifiziertes Eversense® CGM-Zentrum (Voraussetzung für D2f) (Nachweis: Zertifikat) |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Ich nehme am DMP Diabetes Typ 1 teil und habe die Genehmigung zur Betreuung von Typ1-Diabetikerinnen mit Kinderwunsch oder bestehender Schwangerschaft gemäß Anlage 1c der Vereinbarung DMP Diabetes mellitus Typ 1. (Voraussetzung für D5) (Nachweis: Selbstauskunft) |

Sonstige Mitteilungen:

Datum _____

Unterschrift Vertragsarzt _____
(bei MVZ: Unterschrift ärztlicher Leiter)