

Änderung der Stammdaten

Nachname		
Vorname		
LANR		BSNR

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 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)
<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)