

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 BvDU
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Mitgliedschaft AGNU

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"/>	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 Urologievertrags (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
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Analoge Anwendung von Röntgenstrahlung (Nachweis: KV-Genehmigung Röntgen)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Digitale Röntgentechnik (Nachweis KV-Genehmigung Röntgen und TÜV-Zulassung volldigitales Röntgengerät oder Speicherfoliengerät)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Abdomen-Sonografie (Nachweis: KV-Genehmigung; KV-Abrechnung Ziffer 33042)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Duplex-Sonografie (Nachweis: KV-Genehmigung; KV-Abrechnung Ziffer 33073)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Psychosomatische Grundversorgung (Nachweis: KV-Genehmigung; KV-Abrechnung Ziffer 35100 oder 35110)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	PSA-Strukturzusatz (Nachweis: Gerätenachweis (Kauf- bzw. Leasingvertrag))
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Stoßwellenlithotripsie bei Harnsteinen (Nachweis: KV-Genehmigung; KV-Abrechnung Ziffer 26330)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Qualifikation ambulantes Operieren (Nachweis: KV-Genehmigung ambulantes Operieren)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Therapie mittels Injektion von Botulinumtoxin-A in den Detrusor vesicae (Nachweis: KV-Genehmigung ambulantes Operieren)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Urethrozystoskopie (Nachweis: KV-Genehmigung ambulantes Operieren)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Prostatabiopsie (Nachweis: KV-Genehmigung ambulantes Operieren)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Teilnahme an der Onkologievereinbarung (Nachweis: KV-Zulassung, KV-Registerauszug oder KV-Abrechnung)

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)