

Änderung der Stammdaten

Nachname																															
Vorname																															
LANR																BSNR															

Änderungen gültig ab _____

Neue Daten *(nur auszufüllen bei Änderungen)*

Straße & Hausnummer																														
PLZ und Ort																														
Telefon																														
Fax																														
E-Mail																														
BLZ																														
Kontonummer																														
Bank																														
Kontoinhaber																														
USt-IdNr.	DE																													

Wegfall/Zugang von Verbandsmitgliedschaften

Wegfall	Zugang	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Mitgliedschaft beim MEDI Verbund
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Mitgliedschaft beim BNG
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Mitgliedschaft beim BNFI

Wegfall/Zugang von Abrechnungs- und Teilnahmevoraussetzungen

Wegfall	Zugang	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Zulassung, Vertragsarztsitz und Hauptbetriebsstätte in Baden-Württemberg
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Zulassung zur vertragsärztlichen Erbringung und Abrechnung der Koloskopien und Durchführung von mindestens 200 Koloskopien und 10 Polypektomien pro Arzt/Jahr
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Durchführung von Gastroskopien
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Durchführung und Abrechnung von insgesamt mindestens 600 Endoskopien (Gastroskopien und Koloskopien) pro Praxis/Jahr
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Schulung in Sedierung (z.B. bng Kurse) für das gesamte Assistenzpersonal in der Endoskopie (Nachweis: Vorlage der Zertifikate)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Abdominalsonographiegerät (Vorgaben gemäß § 135 Abs. 2 SGB V)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Videoendoskopie mit digitaler Bildspeicherung und Farbdrucker (Nachweis: KV-Abrechnung)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Vorhaltung von Atemtestgeräten ggf. als Gerätegemeinschaft
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Zweite entsprechend ausgebildete Fachkraft für die Gastroskopie und Koloskopie sedierter Patienten entsprechend der Leitlinien der Fachgesellschaft
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Teilnahme an der Qualitätssicherungsmaßnahme Endoskopie gem. Anhang 1 zu Anlage 2 dieses Vertrages
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Ausstattung mit einer onlinefähigen IT (mindestens Windows 2000) und Anbindung über ISDN bzw. DSL
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Ausstattung mit einem nach BMV-Ä zertifizierten Arztinformationssystem (AIS/Praxis-Softwaresystem)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Vertragssoftware vorhanden: _____ (Software angeben)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Konnektor
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Farbdopplersonographie (Nachweis: KV-Abrechnung; Ziffer 33075 o. 13300)

Teilnahme an der Onkologievereinbarung (Nachweis: KV-Zulassung, KV-Registerauszug oder KV-Abrechnung)

Datum

Unterschrift Vertragsarzt/ ärztlicher Leiter MVZ