



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 BdP BW e.V.

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 Pneumologievertrags (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"/>	Anwendung von Röntgenstrahlung (Nachweis: KV-Genehmigung Röntgen; KV-Abrechnung Ziffer 34240 oder 34241)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Sonografie (Nachweis: KV-Genehmigung Abdomen- oder Thoraxsonografie; KV-Abrechnung Ziffer 33040 oder 33042)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Duplex-Sonografie (Nachweis: KV-Genehmigung; KV-Abrechnung Ziffer 33070, 33071, 33072, 33073 oder 33074)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	FeNO-Messung (Nachweis: Gerätenachweis (Kauf- bzw. Leasingvertrag))
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Polygrafie (Nachweis: KV-Genehmigung; KV-Abrechnung Ziffer 30900)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Polysomnografie (Nachweis: KV-Genehmigung; KV-Abrechnung Ziffer 30901)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Beratungsgespräch Schlafmedizin (BG4B) (Nachweis: Zusatzbezeichnung „Schlafmedizin“ sowie KV-Genehmigung; KV-Abrechnung Ziffer 30901)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Rauchstopp: Intensivierte Einzelberatung (BG2A1 und BG2A2) (Nachweis: Selbstauskunft gemäß Anlage 2)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Rauchstopp: Psychoedukative Gruppenschulung (BG2B) (Nachweis: Zertifikat gemäß Anlage 2)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Raucherberatung in der Arztpraxis als Einzelfalltherapie (BG3A) (Nachweis: Zertifikat gemäß Anlage 2)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Raucherberatung in der Arztpraxis als Gruppentherapie (BG3B) (Nachweis: Zertifikat gemäß Anlage 2)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	DMP Asthma/COPD (Nachweis: KV-Genehmigung; KV-Abrechnung Ziffer 92001, 92003, 92005, 92006, 92008, 92009, 92010 oder 92012)

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)