

## 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
		<b>1. Persönlich</b>
<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)
<b>Wegfall</b>	<b>Zugang</b>	<b>Teilnahmevoraussetzungen</b>
		<b>2. Praxis/ BAG/ MVZ</b>
<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) <b>Bei Zugang bitte ausfüllen:</b> Name, Vorname Diabetesberater/in: _____ Beschäftigungsumfang: _____ <b>Bei Wegfall bitte ausfüllen:</b> 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)

<b>Wegfall</b>	<b>Zugang</b>	<b>Abrechnungsvoraussetzungen</b>
<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)