

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
☐	☐	Mitgliedschaft MEDI Baden-Württemberg e.V.
☐	☐	Mitgliedschaft BvDU
☐	☐	Mitgliedschaft AGNU

Wegfall	Zugang	Teilnahmevoraussetzungen
		1. Persönlich
☐	☐	Zulassung, Vertragsarztsitz und Hauptbetriebsstätte in Baden-Württemberg (Nachweis: KV Zulassung oder KV-Registerauszug)
☐	☐	Teilnahme an einer Vertragsschulung ist erfolgt (Nachweis: Teilnahmebescheinigung)
☐	☐	Erfüllung der Fortbildungspflichten nach § 95d SGB V (Nachweis: Selbstauskunft)
☐	☐	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
☐	☐	Ausstattung mit einer onlinefähigen IT und Anbindung z.B. über DSL (Nachweis: Selbstauskunft)
☐	☐	Ausstattung mit einem nach BMV-Ä zertifizierten Arztinformationssystem (AIS/Praxis-Softwaresystem) Name, Version: _____ (Nachweis: Selbstauskunft)
☐	☐	Vertragssoftware vorhanden: Name, Version: _____ (Nachweis: Selbstauskunft / Bestätigungsformular)
☐	☐	HZV-Online-Key vorhanden (Nachweis: Selbstauskunft / Bestätigungsformular)

Wegfall	Zugang	Abrechnungsvoraussetzungen
☐	☐	Analoge Anwendung von Röntgenstrahlung (Nachweis: KV-Genehmigung Röntgen)
☐	☐	Digitale Röntgentechnik (Nachweis KV-Genehmigung Röntgen und TÜV-Zulassung volldigitales Röntgengerät oder Speicherfoliengerät)
☐	☐	Abdomen-Sonografie (Nachweis: KV-Genehmigung; KV-Abrechnung Ziffer 33042)
☐	☐	Duplex-Sonografie (Nachweis: KV-Genehmigung; KV-Abrechnung Ziffer 33073)
☐	☐	Psychosomatische Grundversorgung (Nachweis: KV-Genehmigung; KV-Abrechnung Ziffer 35100 oder 35110)
☐	☐	PSA-Strukturzuschiag (Nachweis: Gerätenachweis (Kauf- bzw. Leasingvertrag))
☐	☐	Stoßwellenlithotripsie bei Harnsteinen (Nachweis: KV-Genehmigung; KV-Abrechnung Ziffer 26330)
☐	☐	Qualifikation ambulantes Operieren (Nachweis: KV-Genehmigung ambulantes Operieren)
☐	☐	Therapie mittels Injektion von Botulinumtoxin-A in den Detrusor vesicae (Nachweis: KV-Genehmigung ambulantes Operieren)
☐	☐	Urethrozystoskopie (Nachweis: KV-Genehmigung ambulantes Operieren)
☐	☐	Prostatabiopsie (Nachweis: KV-Genehmigung ambulantes Operieren)
☐	☐	Teilnahme an der Onkologievereinbarung (Nachweis: KV-Zulassung, KV-Registerauszug oder KV-Abrechnung)
☐	☐	Qualifikation Proktologie (Nachweis: Zusatzweiterbildung „Proktologie“)

Wegfall	Zugang	Sofortabrechnung nach Einschreibung
☐	☐	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)