

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 von Verbandsmitgliedschaften

Wegfall	Zugang	
☐	☐	Mitgliedschaft MEDI Baden-Württemberg e.V.
☐	☐	Mitgliedschaft BNG
☐	☐	Mitgliedschaft BNFI

Wegfall/Zugang von Abrechnungs- und Teilnahmevoraussetzungen

Wegfall	Zugang	Teilnahmevoraussetzungen
Persönlich		
☐	☐	Zulassung, Vertragsarztsitz und Hauptbetriebsstätte in Baden-Württemberg (Nachweis: KV-Zulassung, KV-Abrechnung oder KV-Registerauszug)
☐	☐	Zulassung zur vertragsärztlichen Erbringung und Abrechnung der Koloskopien und Durchführung von mindestens 200 Koloskopien und 10 Polypektomien pro Arzt/Jahr (Nachweis: KV-Zulassung, KV-Abrechnung oder KV-Registerauszug)
☐	☐	Durchführung von Gastroskopien (Nachweis: KV-Abrechnung)
☐	☐	Durchführung und Abrechnung von insgesamt mindestens 600 Endoskopien (Gastroskopien und Koloskopien) pro Praxis/Jahr (Nachweis: KV-Abrechnung)
☐	☐	Teilnahme an der Qualitätssicherungsmaßnahme Endoskopie gem. Anhang 1 zu Anlage 2 dieses Vertrages
☐	☐	Jährlicher Besuch von Fortbildungen zu den beiden Themen CED und Hepatologie mit jeweils 8 CME Punkten (Nachweis: Fortbildungsnachweise jährlich einzureichen)
☐	☐	Jährlicher Besuch von weiteren Fortbildungen zu gastroenterologisch relevanten Themen (z.B. sonstige Oberbaucherkrankungen, Onkologie, Arzneimitteltherapie und Ernährungsmedizin) mit zusammen 5 CME Punkten (Nachweis: Fortbildungsnachweise jährlich einzureichen)
Praxis/ BAG/ MVZ		
☐	☐	Abdominalsonographiegerät (Vorgaben gemäß § 135 Abs. 2 SGB V) (Nachweis: Selbstauskunft)
☐	☐	Videoendoskopie mit digitaler Bildspeicherung und Farbdrucker (Nachweis: KV-Abrechnung)
☐	☐	Vorhaltung von Atemtestgeräten ggf. als Gerätegemeinschaft (Nachweis: Selbstauskunft)
☐	☐	Schulung in Sedierung (z.B. bng Kurse) für das gesamte Assistenzpersonal in der Endoskopie (Nachweis: Vorlage der Zertifikate)
☐	☐	Zweite entsprechend ausgebildete Fachkraft für die Gastroskopie und Koloskopie sedierter Patienten entsprechend der Leitlinien der Fachgesellschaft (Nachweis: Selbstauskunft)
☐	☐	Ausstattung mit einer onlinefähigen IT und Anbindung z.B. über DSL
☐	☐	Ausstattung mit einem nach BMV-Ä zertifizierten Arztinformationssystem
☐	☐	Vertragssoftware vorhanden: Name, Version _____ (Nachweis: Selbstauskunft/Bestätigungsformular)
☐	☐	Ich verpflichte mich zur Nutzung eines Online Keys zur Datenübermittlung

Wegfall	Zugang	Voraussetzungen für die Abrechnung von Leistungen
☐	☐	Farbdopplersonographie (Nachweis: KV-Abrechnung; Ziffer 33075 o. 13300)
☐	☐	Teilnahme an der Onkologievereinbarung (Nachweis: KV-Zulassung, KV-Registerauszug oder KV- Abrechnung)

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)