

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 BVOU
☐	☐	Mitgliedschaft BNC

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)
☐	☐	Änderung der Fachgruppenzugehörigkeit bzw. der Voraussetzungen zur Abrechnung nach Anlage 12, in _____
☐	☐	Erfüllung der Fortbildungspflichten nach § 95d SGB V (Nachweis: Selbstauskunft)
☐	☐	Bereitschaft zum Besuch von mindestens 2 Fortbildungen pro Jahr mit insgesamt 8 CME Punkten (Nachweis: Selbstauskunft, Stichproben durch die Managementgesellschaft)
☐	☐	Verpflichtende Teilnahme von mindestens 1 datenbasierten Qualitätszirkel je vollendetem Halbjahr (Nachweis: Teilnahmebescheinigung)
☐	☐	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)
☐	☐	Ich verpflichte mich zur Nutzung eines Online Keys zur Datenübermittlung

Wegfall	Zugang	Abrechnungsvoraussetzungen
☐	☐	Qualifikation Ambulantes Operieren (Nachweis: KV-Zulassung)
☐	☐	Spezielle Schmerztherapie laut Vereinbarung (Nachweis KV-Genehmigung, KV-Abrechnung Ziffer 30700)
☐	☐	Schmerztherapeutische Einrichtung (KV-Genehmigung, KV-Abrechnung Ziffer 30704)
☐	☐	Qualifikation Akupunktur (Nachweis: KV-Genehmigung, KV-Abrechnung Ziffer 30790, 30791)
☐	☐	Qualifikation konventionelle Radiologie (Nachweis: KV-Zulassung, KV-Abrechnung Ziffern 34210,34220-222, 34230-234, 34237-238, ff.)
☐	☐	Sonographie (Nachweis: KV-Genehmigung, KV-Abrechnung Ziffern 33040-43, 33050-52, 33060-64)
☐	☐	Duplexsonographie (Nachweis: KV-Genehmigung, KV-Abrechnung Ziffern 33070-75)
☐	☐	ESWT (Extrakorporale Stoßwellentherapie) (Nachweis: Selbstauskunft / Bestätigungsformular)
☐	☐	Knochendichtemessung mittels DXA, Gerät in Praxisnähe (Nachweis: Kauf- bzw. Leasingvertrag des Gerätes und Anmeldung laut Strahlenschutzvereinbarung)

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)