

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 BVDN
☐	☐	Mitgliedschaft DPtV
☐	☐	Mitgliedschaft Freie Liste der Psychotherapeuten
☐	☐	Mitgliedschaft dgvt

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)
☐	☐	Tätigkeit im zeitlichen Umfang gemäß den Vorgaben des § 17 Abs. 1a BMV – Ä (Nachweis: Selbstauskunft)
☐	☐	Erfüllung der Fortbildungspflichten nach § 95d SGB V (Nachweis: Selbstauskunft)
☐	☐	Genehmigung zur Erbringung der Richtlinienpsychotherapie gemäß Psychotherapie-Vereinbarung (Nachweis: KV-Genehmigung zur Erbringung der Richtlinienpsychotherapie gemäß der Psychotherapie-Vereinbarung)
☐	☐	Berufshaftpflichtversicherung (Nachweis: Selbstauskunft)
		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
☐	☐	Psychotherapeutische Gruppenbehandlung (Nachweis: KV-Genehmigung bzw für die vorläufige Genehmigung: Fortbildungsnachweise)
☐	☐	Analytische Psychotherapie (Nachweis: KV-Genehmigung oder KV-Abrechnung - EBM Ziffer 35210 bzw. 35411/35412/35415)
☐	☐	Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie (Nachweis: KV-Genehmigung)
☐	☐	Neuropsychologische Therapie (Nachweis: KV-Genehmigung)
☐	☐	(Video-) Fernbehandlung (Nachweis: Lizenzvertrag)

Sonstige Mitteilungen:

Datum _____

Unterschrift Vertragsarzt / -psychotherapeut _____
(bei MVZ: Unterschrift ärztlicher Leiter)