

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 VNP BW

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 Vertrags (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)
☐	☐	Ich verpflichte mich zur Nutzung eines Online Keys zur Datenübermittlung

Wegfall	Zugang	Abrechnungsvoraussetzungen
☐	☐	Duplexsonographie (Nachweis: KV-Genehmigung und KV-Abrechnung mind. 1 Ziffer aus EBM-Ziffernbereich 33070 – 33075 / bei neu niedergelassenen Fachärzten ohne bisherige KV-Abrechnung: Kopie des Kauf- oder Leasingvertrages bzw. Kopie des aktuellen Wartungsberichts eines Duplex-Sonographiegerätes)

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)