



Änderung der Stammdaten

Nachname																														
Vorname																														
LANR											BSNR																			

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 BdP BW e.V.

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 Pneumologievertrags (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
☐	☐	Anwendung von Röntgenstrahlung (Nachweis: KV-Genehmigung Röntgen; KV-Abrechnung Ziffer 34240 oder 34241)
☐	☐	Sonografie (Nachweis: KV-Genehmigung Abdomen- oder Thoraxsonografie; KV-Abrechnung Ziffer 33040 oder 33042)
☐	☐	Duplex-Sonografie (Nachweis: KV-Genehmigung; KV-Abrechnung Ziffer 33070, 33071, 33072, 33073 oder 33074)
☐	☐	FeNO-Messung (Nachweis: Gerätenachweis (Kauf- bzw. Leasingvertrag))
☐	☐	Polygrafie (Nachweis: KV-Genehmigung; KV-Abrechnung Ziffer 30900)
☐	☐	Polysomnografie (Nachweis: KV-Genehmigung; KV-Abrechnung Ziffer 30901)
☐	☐	Beratungsgespräch Schlafmedizin (BG4B) (Nachweis: Zusatzbezeichnung „Schlafmedizin“ sowie KV-Genehmigung; KV-Abrechnung Ziffer 30901)
☐	☐	Rauchstopp: Intensivierte Einzelberatung (BG2A1 und BG2A2) (Nachweis: Selbstauskunft gemäß Anlage 2)
☐	☐	Rauchstopp: Psychoedukative Gruppenschulung (BG2B) (Nachweis: Zertifikat gemäß Anlage 2)
☐	☐	Raucherberatung in der Arztpraxis als Einzelfalltherapie (BG3A) (Nachweis: Zertifikat gemäß Anlage 2)
☐	☐	Raucherberatung in der Arztpraxis als Gruppentherapie (BG3B) (Nachweis: Zertifikat gemäß Anlage 2)
☐	☐	DMP Asthma/COPD (Nachweis: KV-Genehmigung; KV-Abrechnung Ziffer 92001, 92003, 92005, 92006, 92008, 92009, 92010 oder 92012)

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)