

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.

Wegfall	Zugang	Teilnahmevoraussetzungen
		1. Persönlich
☐	☐	Zulassung, Vertragsarztsitz und Hauptbetriebsstätte in Baden-Württemberg (Nachweis: KV Zulassung oder Arztregisterauszug)
☐	☐	Genehmigung zum Hautkrebsscreening gem. Abschnitt D. II der Krebsfrüherkennungs-Richtlinie des G-BA (Nachweis: KV-Genehmigung Hautkrebsscreening)
☐	☐	Teilnahme an der elektronischen Arztvernetzung (Nachweis: Teilnahmeerklärung eAV – Modul TeleScan)
☐	☐	Teilnahme an einer Vertragsschulung ist erfolgt (Nachweis: Teilnahmebescheinigung)
☐	☐	Erfüllung der Fortbildungspflichten nach § 95d SGB V (Nachweis: Selbstauskunft)
☐	☐	Verpflichtende Teilnahme an mindestens einem Qualitätszirkel pro Kalenderjahr (Nachweis: Teilnahmebescheinigung)
		2. Praxis/ BAG/ MVZ
☐	☐	Ausstattung mit einer vertragskompatiblen IT und Anbindung über z.B. DSL (Nachweis: Selbstauskunft)
☐	☐	Beantragung der Vertragssoftware vorhanden (Nachweis: Selbstauskunft)

Sonstige Mitteilungen:

Datum _____

Unterschrift Vertragsarzt _____
(bei MVZ: Unterschrift ärztlicher Leiter)