

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
☐	☐	Mitgliedschaft IG KJPP

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, Abschnitt I Kapitel A, B, nämlich:
☐	☐	Tätigkeit im zeitlichen Umfang gemäß den Vorgaben des § 17 Abs. 1a BMV – Ä (Nachweis: Selbstauskunft)
☐	☐	Erfüllung der Fortbildungspflichten nach § 95d SGB V (Nachweis: Selbstauskunft)
☐	☐	Bereitschaft zum Besuch von mindestens 2 Fortbildungen pro Jahr, im ärztlichen Bereich mit insgesamt 8 CME Punkten (gemäß Anlage 2) (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
		1. Module
☐	☐	Abrechnung des Moduls Neurologie
☐	☐	Abrechnung des Moduls Psychiatrie
☐	☐	Abrechnung des Moduls Psychotherapie (Nachweis: KV-Genehmigung zur Erbringung der Richtlinienpsychotherapie gemäß Psychotherapie-Vereinbarung)
☐	☐	Abrechnung des Moduls Kinder- und Jugendpsychiatrie
		2. Leistungen
		NEUROLOGIE
☐	☐	Qualifikation Einstellung des Hirnschrittmachers (Nachweis: Fortbildungsnachweis eines Zentrums für Tiefe Hirnstimulation oder Nachweis über praktische Erfahrung)
☐	☐	Qualifikation Medikamentenpumpenbetreuung (Nachweis: Bescheinigung der Teilnahme einer Fortbildungsveranstaltung oder Nachweis über praktische Erfahrung)
☐	☐	Schmerztherapeutische Versorgung chronisch schmerzkranker Patienten (Nachweis: KV-Genehmigung bzgl. Schmerztherapie bzw. Abrechnungsnachweis des EBM-Kapitels 30.7.1)
☐	☐	Schwerpunktpraxis MS (Behandlung von mind. 60 MS-Patienten im Jahr, Nachweis: Selbstauskunft)
☐	☐	Schwerpunktpraxis Epilepsie (Behandlung von mind. 60 Epilepsie-Patienten im Jahr, Nachweis: Selbstauskunft)
☐	☐	Schwerpunktpraxis Parkinson (Behandlung von mind. 60 Parkinson-Patienten im Jahr, Nachweis: Selbstauskunft)
☐	☐	Nachweis evozierte Potentiale (SEP, MEP, VEP, AEP)/ Blinkreflex (Nachweis: KV-Abrechnung - EBM Ziffern 16320/16321/21320/21321)
☐	☐	Langzeit-EEG (Nachweis: KV-Abrechnung - EBM Ziffern 16311/21311)
☐	☐	Elektromyographie (Nachweis: KV-Abrechnung - EBM Ziffer 16322)
☐	☐	Dopplersonographie (Nachweis: KV-Genehmigung)
☐	☐	Duplexsonographie (Nachweis: KV-Genehmigung)
☐	☐	Neurosonologie (Nachweis: Nachweis: KV-Genehmigung bzw. KV-Abrechnung EBM Ziffer 33100)
		NEUROLOGIE / PSYCHIATRIE
☐	☐	EEG (Nachweis: KV-Abrechnung - EBM Ziffern 16310/21310)
		PSYCHOTHERAPIE
☐	☐	Psychotherapeutische Gruppenbehandlung (Nachweis: KV- Genehmigung, 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)
		KINDER- UND JUGENDPSYCHIATRIE
☐	☐	Sozialpsychiatrie (Nachweis: KV-Genehmigung bzw. Abrechnungsnachweis EBM-Ziffer 88895)
☐	☐	EEG (Nachweis: KV-Abrechnung – EBM Ziffer 14320)
☐	☐	Langzeitelektroenzephalographische (Schlaf-)Untersuchung (Nachweis: KV-Abrechnung – EBM Ziffer 14321)
☐	☐	Elektronystagmo-/Okulographie, Blinkreflexprüfung (Nachweis: KV-Abrechnung – EBM Ziffer 14330)
☐	☐	Neurophysiologische Untersuchung (SEP, VEP, AEP, MEP) (Nachweis: KV-Abrechnung – EBM Ziffer 14331)
☐	☐	Beschäftigung von Therapeutischen Mitarbeitern in der Praxis (Nachweis: Qualifikationsnachweise gemäß Definition in Anlage 2)

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