

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 von Verbandsmitgliedschaften

Wegfall	Zugang	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Mitgliedschaft MEDI Baden-Württemberg e.V.
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Mitgliedschaft BNG
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Mitgliedschaft BNFI

Wegfall/Zugang von Abrechnungs- und Teilnahmevoraussetzungen

Wegfall	Zugang	Teilnahmevoraussetzungen
Persönlich		
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Zulassung, Vertragsarztsitz und Hauptbetriebsstätte in Baden-Württemberg (Nachweis: KV-Zulassung, KV-Abrechnung oder KV-Registerauszug)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Zulassung zur vertragsärztlichen Erbringung und Abrechnung der Koloskopien und Durchführung von mindestens 200 Koloskopien und 10 Polypektomien pro Arzt/Jahr (Nachweis: KV-Zulassung, KV-Abrechnung oder KV-Registerauszug)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Durchführung von Gastroskopien (Nachweis: KV-Abrechnung)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Durchführung und Abrechnung von insgesamt mindestens 600 Endoskopien (Gastroskopien und Koloskopien) pro Praxis/Jahr (Nachweis: KV-Abrechnung)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Teilnahme an der Qualitätssicherungsmaßnahme Endoskopie gem. Anhang 1 zu Anlage 2 dieses Vertrages
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Jährlicher Besuch von Fortbildungen zu den beiden Themen CED und Hepatologie mit jeweils 8 CME Punkten (Nachweis: Fortbildungsnachweise jährlich einzureichen)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Jährlicher Besuch von weiteren Fortbildungen zu gastroenterologisch relevanten Themen (z.B. sonstige Oberbaucherkrankungen, Onkologie, Arzneimitteltherapie und Ernährungsmedizin) mit zusammen 5 CME Punkten (Nachweis: Fortbildungsnachweise jährlich einzureichen)
Praxis/ BAG/ MVZ		
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Abdominalsonographiegerät (Vorgaben gemäß § 135 Abs. 2 SGB V) (Nachweis: Selbstauskunft)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Videoendoskopie mit digitaler Bildspeicherung und Farbdrucker (Nachweis: KV-Abrechnung)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Vorhaltung von Atemtestgeräten ggf. als Gerätegemeinschaft (Nachweis: Selbstauskunft)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Schulung in Sedierung (z.B. bng Kurse) für das gesamte Assistenzpersonal in der Endoskopie (Nachweis: Vorlage der Zertifikate)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Zweite entsprechend ausgebildete Fachkraft für die Gastroskopie und Koloskopie sedierter Patienten entsprechend der Leitlinien der Fachgesellschaft (Nachweis: Selbstauskunft)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Ausstattung mit einer onlinefähigen IT und Anbindung z.B. über DSL
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Ausstattung mit einem nach BMV-Ä zertifizierten Arztinformationssystem
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Vertragssoftware vorhanden: Name, Version _____ (Nachweis: Selbstauskunft/Bestätigungsformular)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	HZV-Online-Key vorhanden (Nachweis: Selbstauskunft/Bestätigungsformular)

Wegfall	Zugang	Voraussetzungen für die Abrechnung von Leistungen
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Farbdopplersonographie (Nachweis: KV-Abrechnung; Ziffer 33075 o. 13300)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Teilnahme an der Onkologievereinbarung (Nachweis: KV-Zulassung, KV-Registerauszug oder KV- Abrechnung)

Wegfall	Zugang	Sofortabrechnung nach Einschreibung
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	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)