

Änderung der Stammdaten

Nachname																														
Vorname																														
LANR											BSNR																			

Neue Daten *(nur auszufüllen bei Änderungen)*

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 BNK
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Mitgliedschaft BNFI

Wegfall/Zugang von Abrechnungs- und Teilnahmevoraussetzungen

Wegfall	Zugang	Teilnahmevoraussetzungen
1. Persönlich		
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Zulassung, Vertragsarztsitz und Hauptbetriebsstätte in Baden-Württemberg <i>(Nachweis: KV Zulassung oder KV-Registereinzug)</i>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Teilnahme an einer Vertragsschulung ist erfolgt <i>(Nachweis: Teilnahmebescheinigung)</i>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Zulassung zur vertragsärztlichen Erbringung und Abrechnung der Echokardiographie <i>(Nachweis: KV Zulassung/KV-Registereinzug/Ermächtigung/Abrechnung)</i>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Teilnahme an einer echokardiographischen Fortbildung <i>(Nachweis: Fortbildungsnachweis)</i>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Teilnahme an einer Fortbildung „Gewebedoppler“ <i>(Nachweis: Fortbildungsnachweis)</i>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Teilnahme an DMP gemäß § 3 lit h zum Vertrag
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Besuch von mind. 2 Fortbildungen zu kardiologisch relevanten Themen im Jahr <i>(Nachweis: Selbstauskunft)</i>
2. Praxis/ BAG/ MVZ		
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Apparative Ausstattung gemäß KBV Richtlinien Qualitätssicherungsmaßnahmen Ultraschall <i>(Nachweis: Selbstauskunft)</i>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	„Harmonic imaging“ <i>(Nachweis: Selbstauskunft)</i>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Gewebedoppler (mindestens gepulster Modus) <i>(Nachweis: Selbstauskunft)</i>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Ergometrie mit 12-Kanal-EKG-Registrierung <i>(Nachweis: Selbstauskunft)</i>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Ausstattung mit einer onlinefähigen IT (mindestens Windows 2000) und Anbindung über ISDN bzw. DSL
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Ausstattung mit einem nach BMV-Ä zertifizierten Arzteinformationssystem (AIS/Praxis-Softwaresystem)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Vertragssoftware vorhanden: Name, Version _____ <i>(Nachweis: Selbstauskunft)</i>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Konnektor/Online-Key <i>(Nachweis: Selbstauskunft)</i>
Wegfall	Zugang	Voraussetzungen für die Abrechnung von Leistungen
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Schwerpunktbezeichnung Angiologie oder Duplex-Verfahren <i>(Nachweis: KV Zulassung/KV Zulassung Duplexe)</i> <input type="checkbox"/> extrakranielle hirnversorgende Gefäße und/oder <input type="checkbox"/> extremitätenver-/entsorgende Gefäße und/oder <input type="checkbox"/> abdominelle und retroperitoneale Gefäße sowie Mediastinum
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Stressechokardiographie <i>(Nachweis: KV Zulassung)</i>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Herzschrittmacher /Defi/CRT-Kontrolle <i>(Nachweis: KV Zulassung)</i>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Langzeit-EKG <i>(Nachweis: KV Zulassung)</i>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Invasive Kardiologie <i>(Nachweis: KV Zulassung)</i>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Teilnahme an einem elektronischen Qualitätssicherungssystem für invasiv tätige Kardiologen
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Qualifikationen Kardioversion: (Vorhaltung TEE und Möglichkeit zur mehrstündigen Monitor-überwachung und Anwesenheit von 2 Ärzten in der Praxis während Kardioversion ist stets gegeben)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Spiroergometrieinheit <i>(Nachweis: Gerätekauf-/Leasingvertrag, KV-Abrechnung)</i>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	TEE <i>(Nachweis: KV Abrechnung der letzten 4 Quartale)</i>

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	SM-/ICD-/CRT-Implantationen (Nachweis: Facharzt-/Kardiologenzugnis mit Mengennachweis oder Abrechnungsnachweis für Implantationen über die selbstständige Durchführung durch eine Klinik/Praxis.)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Telemonitoring bei Herzinsuffizienz – Genehmigung zur Ausführung und Abrechnung durch ein ärztliches telemedizinisches Zentrum (TMZ) (Nachweis: KV-Genehmigung oder KV-Abrechnung)

Zusätzliche Angaben für die Umkreissuche im Internet

Informationen für die Umkreissuche werden für die Auskunft über Ihr Leistungsspektrum erhoben und sollen der Information der Versicherten dienen. Die Angaben können nach Zulassung zum Vertrag im Arztportal unter <http://www.medi-arztportal.de> vorgenommen werden.

Mit der Angabe der Daten willigen Sie ein, dass die Informationen in einem Verzeichnis auf den Internetseiten der DAK-Gesundheit, der MEDIVERBUND AG und des MEDI e.V. veröffentlicht werden und an teilnehmende HZV-Vertragsärzte zur Weitergabe an Patienten weitergegeben und ggf. in der entsprechenden Vertragssoftware hinterlegt werden.

Datum _____

Unterschrift Vertragsarzt _____
(bei MVZ: Unterschrift ärztlicher Leiter)

Nehmen Sie noch nicht an der Sofortabrechnung nach Einschreibung (SANE) teil, möchten diese aber nutzen, beantragen Sie bitte die Teilnahme mit folgender Erklärung. Die Zulassung zur Sofortabrechnung nach Einschreibung (SANE) erfolgt in einem separaten Schreiben.

Teilnahmeerklärung zur Sofortabrechnung nach Einschreibung (SANE)

Voraussetzungen zur Abrechnung von Leistungen über die „Sofortabrechnung nach Einschreibung (SANE)“

Hiermit trete ich der Ergänzungsvereinbarung zur Sofortabrechnung nach Einschreibung der Facharztverträge in Baden-Württemberg gemäß § 73c SGB V bei.

Ich habe die Ergänzungsvereinbarung gelesen und verpflichte mich zur Einhaltung sämtlicher in der Ergänzungsvereinbarung geregelten Vorgaben, die sich durch die Unterzeichnung der Teilnahmeerklärung ergeben.

Mir ist im Besonderen bewusst, dass:

- nur Versicherte situativ abgerechnet werden können, die
 1. zum Behandlungsdatum gültig in den HZV-Vertrag (AOK HausarztProgramm bzw. Bosch BKK Hausarztprogramm) eingeschrieben sind.
 2. eine Teilnahmeerklärung für das Facharztprogramm ihrer Krankenkasse ausgefüllt und unterzeichnet haben. (Einschreibung und unverzügliche Einreichung bei der Krankenkasse immer verpflichtend)
- die Sofortabrechnung nach Einschreibung für einen Patienten nur für das situative Einschreibequartal und maximal das Folgequartal durchgeführt werden kann.
- die vollständige 73c-Vergütung der Sofortabrechnung nach Einschreibung nur bei gültiger Einschreibung des Versicherten/Patienten in das FacharztProgramm vergütet wird. Sollte bis zum 2. Quartal, das auf das erste Quartal der Sofortabrechnung nach Einschreibung folgt, keine wirksame Einschreibung erfolgt sein, wird die Vergütung vermindert.
- ich meine situativen Abrechnungsdaten immer spätestens bis zum 5. Kalendertag des auf das Abrechnungsquartal folgenden Quartals bei der Managementgesellschaft einreichen muss, da sonst keine Sofortabrechnung nach Einschreibung stattfinden kann.
- eine Korrektur oder Nachabrechnung für situative Abrechnungsdaten grundsätzlich nicht möglich ist.
- der FACHARZT/PSYCHOTHERAPEUT, der einen Patienten in einem Quartal situativ behandelt und abrechnet, im gleichen Quartal, d.h. vor oder nach der Sofortabrechnung nach Einschreibung, keine Leistungen des im Facharztvertrag vereinbarten Ziffernkranzes mehr gegenüber der KVBW abrechnen kann.
- dass ich die Option habe, je Versichertem und Quartal entweder situativ oder über die KV abzurechnen.
- dass meine Teilnahme an der Sofortabrechnung nach Einschreibung an die Krankenkassen und die KV gemeldet wird.
- Die Teilnahme an der Sofortabrechnung nach Einschreibung tritt mit Bestätigung der Managementgesellschaft in Kraft.

Datum _____

Unterschrift Vertragsarzt _____
(bei MVZ: Unterschrift ärztlicher Leiter)