











## Änderung der Stammdaten

Nachname																							
Vorname																							
LANR																BS	NF	?					
Änderungen gültig ab:																							
Andordingon gailing ab.																							
			. :					,															
Neue Daten (nur auszufül	llen	be	91 /	\ <u>nc</u>	ler	ung	ger	<u>1</u> )															
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 BVOU
		Mitgliedschaft BNC

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, in
		Erfüllung der Fortbildungspflichten nach § 95d SGB V (Nachweis: Selbstauskunft)
		Bereitschaft zum Besuch von mindestens 2 Fortbildungen pro Jahr mit insgesamt 8 CME Punkten (Nachweis: Selbstauskunft, Stichproben durch die Managementgesellschaft)
		Verpflichtende Teilnahme von mindestens 1 datenbasierten Qualitätszirkel je vollendetem Halbjahr (Nachweis: Teilnahmebescheinigung)
		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 (AlS/Praxis-Softwaresystem)  Name, Version:  (Nachweis: Selbstauskunft)
		Vertragssoftware vorhanden: Name, Version:
		HZV-Online-Key vorhanden (Nachweis: Selbstauskunft / Bestätigungsformular)

Weatall		At t
Wegfall	Zugang	Abrechnungsvoraussetzungen
	<u> </u>	Qualifikation Ambulantes Operieren (Nachweis: KV-Zulassung)
	Ц	Spezielle Schmerztherapie laut Vereinbarung (Nachweis KV-Genehmigung, KV-Abrechnung Ziffer 30700)
		Schmerztherapeutische Einrichtung (KV-Genehmigung, KV-Abrechnung Ziffer 30704)
		Qualifikation Akupunktur (Nachweis: KV-Genehmigung, KV-Abrechnung Ziffer 30790, 30791)
		Bildgesteuerte interventionelle Schmerztherapie an der HWS (Nachweis: BVOU-Bescheinigung (Einwilligungserklärung) oder Strukturmerkmal Sonographie (siehe unten) und Selbstauskunft)
		Bildgesteuerte interventionelle Schmerztherapie an der HWS <u>und</u> LWS (Nachweis: BVOU-Bescheinigung (Einwilligungserklärung) oder Selbstauskunft CT, Bildwandler)
		Qualifikation konventionelle Radiologie (Nachweis: KV-Zulassung, KV-Abrechnung Ziffern 34210,34220-222, 34230-234, 34237-238, ff.)
		Sonographie (Nachweis: KV-Genehmigung, KV-Abrechnung Ziffern 33040-43, 33050-52, 33060-64)
		Duplexsonographie (Nachweis: KV-Genehmigung, KV-Abrechnung Ziffern 33070-75)
		ESWT (Extrakorporale Stoßwellentherapie) (Nachweis: Selbstauskunft / Bestätigungsformular)
		Knochendichtemessung mittels DXA, Gerät in Praxisnähe (Nachweis. Kauf- bzw. Leasingvertrag des Gerätes und Anmeldung laut Strahlenschutzvereinbarung)
Wegfall	Zugang	Sofortabrechnung nach Einschreibung Teilnahme an der Sofortabrechnung nach Einschreibung (SANE)
Wegfall	Zugang	Sofortabrechnung nach Einschreibung
		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 Mitte	eilungen:	Teilnahmeerklärung ergeben.
Sonstige Mitte	eilungen:	Teilnahmeerklärung ergeben.
Sonstige Mitte	eilungen:	Teilnahmeerklärung ergeben.
Sonstige Mitte	eilungen:	Teilnahmeerklärung ergeben.

Seite 2 von 2