

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

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)