Teilnahmeerklärung zum Vertrag zur gastroenterologischen Versorgung in Baden-Württemberg gemäß § 140a SGB V

BKK Mein Facharzt

Stammdaten

LANR (9-stellig) | HBSNR

Titel, Nachname, Vorname

Verbandsmitgliedschaften

☐ MEDI Baden-Württemberg e.V. ☐ BNG ☐ BNFI

Vertragssoftware

☐ Ausstattung mit einer vertragsspezifischen Software (BKK VAG BW Gastroenterologie)

Wichtige Hinweise

- Die Zulassung zum Vertrag kann erst mit funktionsfähiger Installation der Vertragssoftware erfolgen (Nachweis: Selbstauskunft/ Bestätigungsformular)
- Die Vertragssoftware ist nicht gleichzusetzen mit Ihrem Arztinformationssystem
- Es darf nur Vertragssoftware verwendet werden, die von der Managementgesellschaft für den BKK VAG BW Gastroenterologievertrag zugelassen ist.

Datenübernahme (verkürzte Teilnahmeerklärung)

☐ Ich bestätige, dass die auf Seite 2, 3 und 4 dieser Teilnahmeerklärung erforderlichen Angaben der Managementgesellschaft im Rahmen meiner Teilnahme an einem Gastroenterologievertrag gemäß § 73c SGB V in Baden-Württemberg bereits auf aktuellem Stand vorliegen. Ich beauftrage die Managementgesellschaft hiermit diese Angaben für meine Teilnahme an diesem Vertrag zu übernehme

Vertragsteilnahme des Vertragsarztes/ MVZs

Hiermit beantrage ich verbindlich meine Teilnahme am Vertrag Gastroenterologie gem. § 140a SGB V. Ich verpflichte mich zur Einhaltung sämtlicher Pflichten nach dem Vertrag, auch wenn diese im Folgenden nicht gesondert genannt sind.

1. Ich bin umfassend über meine vertraglichen Rechte und Pflichten informiert. Insbesondere ist mir bekannt, dass
   - die landesweit einheitliche Versicherteneinschreibung erst erfolgt, wenn eine flächendeckende Versorgung durch eingeschriebene FACHÄRZTE gegeben ist (§ 17 Abs. 1 i.V.m. Anlage 8);
   - die Erbringung und Abrechnung von Leistungen nach diesem Vertrag erst erfolgen kann, wenn die KV BW mit dem BKK Landesverband Süd einen sog. Bereinigungsvertrag abgeschlossen hat (§ 24 Abs. 1);
   - die Managementgesellschaft mich über das Eintreten dieser beiden o.g. Bedingungen umgehend informiert;
   - meine Vertragsteilnahme mit Zugang eines Bestätigungsschreibens über die Vertragsteilnahme beginnt. Der Zugang kann durch die Übermittlung per Telefax erfolgen;
   - ich meine vertraglichen Pflichten insbesondere zur Versicherteneinschreibung (§ 4), im Zusammenhang mit der Qualitätssicherung sowie zur
   - Einhaltung und Gewährleistung der ärztlichen Schweigepflicht nach der Berufsordnung und den allgemeinen gesetzlichen Regelungen zu erfüllen habe und meine Vertragsteilnahme bei Nichterfüllung meiner vertraglichen Pflichten beendet werden kann;
   - ich selbst meine Vertragsteilnahme mit einer Frist von sechs Monaten zum Quartalsende schriftlich gegenüber dem MEDIVERBUND kündigen kann;
   - sich gemäß § 19 des Vertrages mein vertraglicher Anspruch auf Zahlung der Vergütung für die von mir vertragsgemäß erbrachten und abgerechneten Leistungen gegen den MEDIVERBUND richtet und ich Überzahlungen zurückzahlen muss. Die mögliche Erhebung einer Bearbeitungsgebühr bei Doppel- und Fehlabrechnungen ist mir bekannt;
   - der MEDIVERBUND das von der Betriebskrankenkasse geleistete Honorar weiterleitet, indem er dieses unter Abzug der von mir zu tragenden vertraglichen Verwaltungskosten auf das oben benannte Konto überweist. Die Höhe der Verwaltungskosten habe ich zur Kenntnis genommen;
   - ich dem MEDIVERBUND Änderungen, die sich auf meine Teilnahme an diesem Vertrag auswirken (z. B. Zulassungsrückgabe), spätestens 6 Monate vor Eintritt der Änderung mitteile. Sollte ich zu einem späteren Zeitpunkt Kenntnis von dem Eintritt der Änderung erlangen, ist diese unverzüglich mitzuteilen.
2. Ich erkläre, dass ich die Teilnahmevoraussetzungen zum Vertragsbeginn erfülle. Diese Teilnahmeerklärung (inkl. Folgeseiten) und meine hiermit abgegebenen Erklärungen sind Bestandteil des Vertrages.

Einwilligung in Datenverarbeitung und -nutzung

Ich erkläre mich durch Abgabe dieser Teilnahmeerklärung mit folgenden Datenerhebungs, -verarbeitungs- und -nutzungsvorgängen einverstanden:

- Die hier angegebenen Daten (Name, Adresse etc.) werden vom MEDIVERBUND zur Durchführung des Vertrages erhoben, verarbeitet und genutzt. Zur und nach Bestätigung meiner Vertragsteilnahme werden diese Daten an die Betriebskrankenkasse (BKK) und das von der BKK VAG Baden-Württemberg beauftragte Dienstleistungsunternehmen übermittelt. Diese Daten und die von mir an die Managementgesellschaft übermittelten Diagnose- und Abrechnungsdaten einschließlich Verordnungsdaten werden von der Managementgesellschaft zur Erstellung der Abrechnungsnachweise und zur Prüfung der Abrechnung auf der Grundlage von § 295a Abs. 1 SGB V verarbeitet und genutzt.
- Die Betriebskrankenkasse oder deren beauftragtes Dienstleistungsunternehmen erhält durch den MEDIVERBUND die vorgenannten Daten zur Prüfung der Abrechnung.
- Mein Name, meine Praxisanschrift und meine Telefon-/Faxnummer sowie die für die Vertragsarztsuche erforderlichen Angaben werden in einem Verzeichnis auf den Internetseiten der Betriebskrankenkasse und des BKK Landesverbandes Süd, des MEDIVERBUNDES, und des MEDI e.V. veröffentlicht. Zusätzlich werden diese Daten an teilnehmende HZV-Vertragsärzte zur Weitergabe an Patienten weitergegeben und ggf. in der entsprechenden Vertragssoftware hinterlegt
- Meine Daten werden gemäß Anlage 16 von der MEDIVERBUND AG und den Betriebskrankenkassen ausschließlich zur Durchführung dieses Vertrags und auf Grundlage des Art. 6 Abs. 1 lit. b) DSGVO verarbeitet.
- Meine Rechte zur Datenverarbeitung gem. Art. 13 und Art. 14 DSGVO für diesen Vertrag und der Anlage 16 habe ich zur Kenntnis genommen.
- Die der Betriebskrankenkasse vorliegenden Verordnungs- und Diagnosedaten werden ggf. von einem unabhängigen externen Institut in pseudonymisierter Form zur Durchführung von Qualitätszirkeln, praxisindividuellen Auswertungen (vgl. Anlage 2) und bei Bedarf zur Beratung von HZV-Versicherten verarbeitet und genutzt.

Unterschrift Vertragsarzt
Bei MVZ: Unterschrift ärztlicher Leiter MVZ

Datum (TT.MM.JJ)

Stempel der Arztpraxis/ des MVZs

Markierte Felder sind Pflichtfelder

Seite 2, 3 und 4 der Teilnahmeerklärung bitte vollständig ausfüllen, wenn eine Datenübernahme aus einem anderen Vertrag (siehe Seite 1) nicht gewünscht oder nicht möglich ist.

Teilnahmeerklärung zum Vertrag zur gastroenterologischen Versorgung in Baden-Württemberg gemäß § 140a SGB V

BKK Mein Facharzt

Bitte beachten Sie: Bei Teilnahme von mehreren Vertragsärzten in einer Berufsausübungsgemeinschaft muss jeder Vertragsarzt eine eigene Teilnahmeerklärung einreichen. Bei Teilnahme eines MVZ ist nur die Abgabe einer Teilnahmeerklärung durch den ärztlichen Leiter erforderlich.

Stammdaten Arzt

☐ Einzelpraxis ☐ Berufsausübungsgemeinschaft (BAG) ☐ MVZ ☐ ermächtigter Arzt

☐ Mitglied im MEDI Verbund
☐ Mitglied im BNK
☐ Mitglied im BNFI

LANR (9-stellig)

HBSNR

Nachname

Vorname

Name MVZ

Straße & Hausnummer (Praxisanschrift)

Telefon /

PLZ

Ort

Fax /

E-Mail

Bankverbindung (Vertragsvergütung soll auf folgendes Konto überwiesen werden)

Kreditinstitut

IBAN (zwingend erforderlich)

BIC (zwingend erforderlich)

Kontoinhaber

Höhe der vertraglichen Verwaltungskosten

Die Verwaltungskosten gemäß Vertrag betragen 3,57 % der Vertragsvergütung (Honorar gem. Vertrag, Sachkosten). Für Nicht-Mitglieder des MEDI Baden-Württemberg e. V., des BNK e.V. oder des BNFI e. V. werden zusätzliche Verwaltungskosten von weiteren 0,595 % erhoben. Die einmalige Verwaltungsgebühr beträgt 357 € (max. 714 € je HBSNR).

Einwilligung in Datenverarbeitung und -nutzung

Ich erkläre mich durch Abgabe dieser Teilnahmeerklärung mit folgenden Datenerhebungs, -verarbeitungs- und -nutzungsvorgängen einverstanden:

- Die hier angegebenen Daten (Name, Adresse etc.) werden vom MEDIVERBUND zur Durchführung des Vertrages erhoben, verarbeitet und genutzt. Zur und nach Bestätigung meiner Vertragsteilnahme werden diese Daten an die Betriebskrankenkasse (BKK) und das von der BKK VAG Baden-Württemberg beauftragte Dienstleistungsunternehmen übermittelt. Diese Daten und die von mir an die Managementgesellschaft übermittelten Diagnose- und Abrechnungsdaten einschließlich Verordnungsdaten werden von der Managementgesellschaft zur Erstellung der Abrechnungsnachweise und zur Prüfung der Abrechnung auf der Grundlage von § 295a Abs. 1 SGB V verarbeitet und genutzt.
- Die Betriebskrankenkasse oder deren beauftragtes Dienstleistungsunternehmen erhält durch den MEDIVERBUND die vorgenannten Daten zur Prüfung der Abrechnung.
- Mein Name, meine Praxisanschrift und meine Telefon-/Faxnummer sowie die für die Vertragsarztsuche erforderlichen Angaben werden in einem Verzeichnis auf den Internetseiten der Betriebskrankenkasse und des BKK Landesverbandes Süd, des MEDIVERBUNDES, und des MEDI e.V. veröffentlicht. Zusätzlich werden diese Daten an teilnehmende HZV-Vertragsärzte zur Weitergabe an Patienten weitergegeben und ggf. in der entsprechenden Vertragssoftware hinterlegt
- Meine Daten werden gemäß Anlage 16 von der MEDIVERBUND AG und den Betriebskrankenkassen ausschließlich zur Durchführung dieses Vertrags und auf Grundlage des Art. 6 Abs. 1 lit. b) DSGVO verarbeitet.
- Meine Rechte zur Datenverarbeitung gem. Art. 13 und Art. 14 DSGVO für diesen Vertrag und der Anlage 16 habe ich zur Kenntnis genommen.
- Die der Betriebskrankenkasse vorliegenden Verordnungs- und Diagnosedaten werden ggf. von einem unabhängigen externen Institut in pseudonymisierter Form zur Durchführung von Qualitätszirkeln, praxisindividuellen Auswertungen (vgl. Anlage 2) und bei Bedarf zur Beratung von HZV-Versicherten verarbeitet und genutzt.

Vertragsteilnahme des Vertragsarztes/ MVZs

Hiermit beantrage ich verbindlich meine Teilnahme am Vertrag Gastroenterologie gem. § 140a SGB V. Ich verpflichte mich zur Einhaltung sämtlicher Pflichten nach dem Vertrag, auch wenn diese im Folgenden nicht gesondert genannt sind.

1. Ich bin umfassend über meine vertraglichen Rechte und Pflichten informiert. Insbesondere ist mir bekannt, dass
   - die landesweit einheitliche Versicherteneinschreibung erst erfolgt, wenn eine flächendeckende Versorgung durch eingeschriebene FACHÄRZTE gegeben ist (§ 17 Abs. 1 i.V.m. Anlage 8);
   - die Erbringung und Abrechnung von Leistungen nach diesem Vertrag erst erfolgen kann, wenn die KV BW mit dem BKK Landesverband Süd einen sog. Bereinigungsvertrag abgeschlossen hat (§ 24 Abs. 1);
   - die Managementgesellschaft mich über das Eintreten dieser beiden o.g. Bedingungen umgehend informiert;
   - meine Vertragsteilnahme mit Zugang eines Bestätigungsschreibens über die Vertragsteilnahme beginnt. Der Zugang kann durch die Übermittlung per Telefax erfolgen;
   - ich meine vertraglichen Pflichten insbesondere zur Versicherteneinschreibung (§ 4), im Zusammenhang mit der Qualitätssicherung sowie zur
   - Einhaltung und Gewährleistung der ärztlichen Schweigepflicht nach der Berufsordnung und den allgemeinen gesetzlichen Regelungen zu erfüllen habe und meine Vertragsteilnahme bei Nichterfüllung meiner vertraglichen Pflichten beendet werden kann;
   - ich selbst meine Vertragsteilnahme mit einer Frist von sechs Monaten zum Quartalsende schriftlich gegenüber dem MEDIVERBUND kündigen kann;
   - sich gemäß § 19 des Vertrages mein vertraglicher Anspruch auf Zahlung der Vergütung für die von mir vertragsgemäß erbrachten und abgerechneten Leistungen gegen den MEDIVERBUND richtet und ich Überzahlungen zurückzahlen muss. Die mögliche Erhebung einer Bearbeitungsgebühr bei Doppel- und Fehlabrechnungen ist mir bekannt;
   - der MEDIVERBUND das von der Betriebskrankenkasse geleistete Honorar weiterleitet, indem er dieses unter Abzug der von mir zu tragenden vertraglichen Verwaltungskosten auf das oben benannte Konto überweist. Die Höhe der Verwaltungskosten habe ich zur Kenntnis genommen;
   - ich dem MEDIVERBUND Änderungen, die sich auf meine Teilnahme an diesem Vertrag auswirken (z. B. Zulassungsrückgabe), spätestens 6 Monate vor Eintritt der Änderung mitteile. Sollte ich zu einem späteren Zeitpunkt Kenntnis von dem Eintritt der Änderung erlangen, ist diese unverzüglich mitzuteilen.
2. Ich erkläre, dass ich die Teilnahmevoraussetzungen zum Vertragsbeginn erfülle. Diese Teilnahmeerklärung (inkl. Folgeseiten) und meine hiermit abgegebenen Erklärungen sind Bestandteil des Vertrages.

Unterschrift Vertragsarzt
Bei MVZ: Unterschrift ärztlicher Leiter MVZ

Datum (TT.MM.JJ)

Stempel der Arztpraxis/ des MVZs

Teilnahmeerklärung zum Vertrag zur gastro-enterologischen Versorgung in Baden-Württemberg gemäß § 140a SGB V

BKK Mein Facharzt

Teilnahmevoraussetzungen

1. Persönliche Voraussetzungen:

Bitte beachten Sie: Erfüllen Sie persönlich eine oder mehrere persönliche Teilnahmevoraussetzungen nicht, können Sie nicht an diesem Vertrag teilnehmen. Ermächtigte Ärzte dürfen nur im Rahmen ihrer persönlichen Ermächtigung teilnehmen (Nachweis: KV Zulassung oder KV-Ermächtigung).

Ich
bin Facharzt für Innere Medizin mit Zulassung zur fachärztlichen Versorgung gem. §73 Abs. 1a Satz 2 SGB V

☐ mit Schwerpunkt Gastroenterologie _ ohne Schwerpunkt

☐ mit Zulassung, Vertragsarztsitz und Hauptbetriebsstätte in Baden-Württemberg (Nachweis: KV-Zulassung, KV-Abrechnung oder KV-Registerauszug)

☐ 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)

☐ Durchführung von Gastroskopien (Nachweis: KV-Abrechnung)

☐ Durchführung und Abrechnung von insgesamt mindestens 600 Endoskopien (Gastroskopien und Koloskopien) pro Praxis/Jahr (Nachweis: KV- Abrechnung)

☐ Teilnahme an einer Vertragsschulung ist bereits erfolgt (Nachweis: Teilnahmebescheinigung)

☐ Teilnahme an der Qualitätssicherungsmaßnahme Endoskopie gem. Anhang 1 zu Anlage 2 dieses Vertrages

☐ jährlicher Besuch von Fortbildungen zu den beiden Themen CED und Hepatologie (mit jeweils 8 CME Punkte) (Nachweis: Fortbildungsnachweis, jährlich einzureichen)

☐ jährlicher Besuch von weiteren Fortbildungen zu gastroenterologisch relevanten Themen (z.B. sonstige Oberbaucherkrankungen, Onkologie, Arzneimitteltherapie und Ernährungsmedizin) mit zusammen 5 CME Punkten (Nachweis: Fortbildungsnachweis, jährlich einzureichen)

2. Voraussetzungen der Praxis/BAG/MVZ

Bitte beachten Sie: Sie können an diesem Vertrag nur dann teilnehmen, wenn Sie alle nachfolgend genannten, die Praxis / BAG betreffenden Teilnahmevoraussetzungen erfüllen.

☐ Abdominalsonographiegerät mit Einhaltung der Vorgaben der Vereinbarung von Qualitätssicherungsmaßnahmen gem. § 135 Abs. 2 SGB V zur Ultraschalldiagnostik in der jeweils aktuell gültigen Fassung (Nachweis: Selbstauskunft, Stichproben durch die Managementgesellschaft)

☐ Videoendoskopie mit digitaler Bildspeicherung und Farbdrucker (Nachweis: KV-Abrechnung, Abrechnung der Koloskopieziffer GOP 13421 im letzten verfügbaren Quartal)

☐ Vorhaltung von Atemtestgeräten ggf. als Gerätegemeinschaft (Nachweis: Selbstauskunft, Stichproben durch die Managementgesellschaft)

☐ Schulung in Sedierung (z.B. bng Kurse) für das gesamte Assistenzpersonal in der Endoskopie (Nachweis: Vorlage der Zertifikate bei Managementgesell schaft, danach jährliche Stichprobenprüfung durch die Managementgesellschaft)

☐ Hygienekontrollen aller Endoskope mindestens halbjährlich (Nachweis: Selbstauskunft, Stichproben durch die Managementgesellschaft)

☐ externe Hygienekontrollen mindestens eines Endoskopes gem. KV-Koloskopievereinbarung (Nachweis: halbjährliche Vorlage des Zertifikats bei der Managementgesellschaft)

☐ Ausschließliche Verwendung von Einmalartikeln bei Verbrauchsmaterialien (Nachweis: Selbstauskunft, Stichproben der Qualitätskomission)

☐ Bei der Gastroskopie und Koloskopie sedierter Patienten ist entsprechend den Leitlinien der Fachgesellschaft eine zweite entsprechend ausgebildete Fachkraft zugegen (Nachweis: Selbstauskunft)

☐ Ausstattung mit einer onlinefähigen IT und Anbindung über ISDN bzw. DSL

☐ Ausstattung mit einem nach BMV-Ä zertifizierten Arztinformationssystem (AIS/Praxis-Softwaresystem)

☐ Vertragssoftware ist installiert für ☐ BKK VAG Baden-Württemberg _____ (Nachweis: Selbstauskunft/Bestätigungsformular)
Name, Version

☐ Konnektor ist vorhanden ☐ Online Key ist vorhanden (Nachweis: Selbstauskunft/Bestätigungsformular)

Voraussetzungen für die Abrechnung von Leistungen

Bitte beachten Sie: Sie können nur solche Leistungen abrechnen, für die Sie selbst oder andere Mitglieder der Praxis/BAG die Abrechnungsvoraussetzungen
erfüllen.

☐ Farbdopplersonographie (Nachweis: KV-Abrechnung mit GOP 33075 oder 13300, Voraussetzung für Q3)

☐ Teilnahme an der Onkologievereinbarung (Anlage 7 zu den Bundesmantelverträgen)
(Nachweis: KV-Zulassung, KV-Registerauszug oder KV- Abrechnung, Voraussetzung für P1d sowie Onko 1-3)

Folgende Ärzte sind in unserer Praxis/ BAG/ MVZ tätig:

Nachname | Vorname
LANR ☐ keine LANR vorhanden HBSNR | Fachgebiet

Nachname | Vorname
LANR ☐ keine LANR vorhanden HBSNR | Fachgebiet

Nachname | Vorname
LANR ☐ keine LANR vorhanden HBSNR | Fachgebiet

ACHTUNG: Änderungen der Stammdaten und/oder der Teilnahme-/Abrechnungsvoraussetzungen sind unverzüglich nach Bekanntwerden mitzuteilen.

Zusätzliche Angaben für die Umkreissuche im Internet

Diese Informationen werden für die zusätzliche Auskunft über Ihr Leistungsspektrum erhoben und sollen der Information der Versicherten dienen.
Mit der Angabe der Daten willigen Sie ein, dass die Informationen in einem Verzeichnis auf den Internetseiten der teilnehmenden Betriebskrankenkassen, des BKK Landesverbandes Süd, des MEDIVERBUNDES 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.

Facharzt für Innere Medizin
☐ mit Schwerpunkt Gastroenterologie
☐ mit Teilnahme an der Onkologievereinbarung
☐ ohne Schwerpunkt

Leistungsangebot

Durchführung von
☐ Koloskopien
☐ Polypektomien
☐ Gastroskopien
☐ Abdominalsonografien
☐ Farbdopplersonografien
☐ Atemtests

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

☐ Hiermit trete ich der Vereinbarung zur Sofortabrechnung nach Einschreibung der Facharztverträge in Baden-Württemberg gemäß § 140a SGB V bei.

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

Mir ist im Besonderen bewusst, dass:
- nur Versicherte situativ abgerechnet werden können, die
- zum Behandlungsdatum gültig in den HZV-Vertrag (der jeweiligen BETRIEBSKRANKENKASSE) eingeschrieben sind.
- eine Teilnahmeerklärung für das Facharztprogramm ihrer Krankenkasse ausgefüllt und unterzeichnet haben
- die Sofortabrechnung nach Einschreibung für einen Patienten nur für das situative Einschreibequartal und maximal das Folgequartal durchgeführt werden kann.
- die vollständige 140a-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, der einen Patienten in einem Quartal situativ behandelt und abrechnet, im gleichen Quartal, d.h. vor oder nach der Sofortab-rechnung 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 bzw. deren beauftragten Dienstleister und die KV gemeldet wird.
- die Teilnahme an der Sofortabrechnung nach Einschreibung tritt mit Bestätigung der Managementgesellschaft in Kraft.

Unterschrift Vertragsarzt
Bei MVZ: Unterschrift ärztlicher Leiter MVZ

Stempel der Arztpraxis/ des MVZs

Datum (TT.MM.JJ)

ACHTUNG: Änderungen der Stammdaten und/oder der Teilnahme-/Abrechnungsvoraussetzungen sind unverzüglich nach Bekanntwerden mitzuteilen.