

## Änderung der Stammdaten

Nachname																														
Vorname																														
LANR											BSNR																			

### 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	Verbandsmitgliedschaften
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Mitgliedschaft MEDI Baden-Württemberg e.V.
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Mitgliedschaft BVDN
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Mitgliedschaft DPtV
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Mitgliedschaft Freie Liste der Psychotherapeuten
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Mitgliedschaft dgvt

Wegfall	Zugang	Teilnahmevoraussetzungen
		<b>1. Persönlich</b>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Zulassung, Vertragsarztsitz und Hauptbetriebsstätte in Baden-Württemberg (Nachweis: KV Zulassung oder KV-Registerauszug)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Teilnahme an einer Vertragsschulung ist erfolgt (Nachweis: Teilnahmebescheinigung)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Tätigkeit im zeitlichen Umfang gemäß den Vorgaben des § 17 Abs. 1a BMV – Ä (Nachweis: Selbstauskunft)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Erfüllung der Fortbildungspflichten nach § 95d SGB V (Nachweis: Selbstauskunft)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Genehmigung zur Erbringung der Richtlinienpsychotherapie gemäß Psychotherapie-Vereinbarung (Nachweis: KV-Genehmigung zur Erbringung der Richtlinienpsychotherapie gemäß der Psychotherapie-Vereinbarung)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Berufshaftpflichtversicherung (Nachweis: Selbstauskunft)
		<b>2. Praxis/ BAG/ MVZ</b>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Ausstattung mit einer onlinefähigen IT und Anbindung z.B. über DSL (Nachweis: Selbstauskunft)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Ausstattung mit einem nach BMV-Ä zertifizierten Arzteinformationssystem (AIS/Praxis-Softwaresystem) Name, Version: _____ (Nachweis: Selbstauskunft)
<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	Abrechnungsvoraussetzungen
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Psychotherapeutische Gruppenbehandlung (Nachweis: KV-Genehmigung bzw für die vorläufige Genehmigung: Fortbildungsnachweise)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Analytische Psychotherapie (Nachweis: KV-Genehmigung oder KV-Abrechnung - EBM Ziffer 35210 bzw. 35411/35412/35415)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie (Nachweis: KV-Genehmigung)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Neuropsychologische Therapie (Nachweis: KV-Genehmigung)

Sonstige Mitteilungen:

---



---

Datum \_\_\_\_\_

Unterschrift Vertragsarzt / -psychotherapeut \_\_\_\_\_  
(bei MVZ: Unterschrift ärztlicher Leiter)