

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
		1. Persönlich
<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)
		2. Praxis/ BAG/ MVZ
<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)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	(Video-) Fernbehandlung (Nachweis: Lizenzvertrag)

Sonstige Mitteilungen:

Datum _____

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