



Änderung der Stammdaten

Nachname	
Vorname	
LANR	

Neue Daten

Straße & Hausnummer	
PLZ und Ort	
Telefon	
Fax	
E-Mail	
BLZ	
Kontonummer	
Bank	
Kontoinhaber	

Wegfall/Zugang von Verbandsmitgliedschaften

Wegfall	Zugang	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Mitgliedschaft im MEDI Verbund
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Mitgliedschaft im BNK
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Mitgliedschaft im BNFI

Wegfall/Zugang von Abrechnungs- und Teilnahmevoraussetzungen

Wegfall	Zugang	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Zulassung, Vertragsarztsitz und Hauptbetriebsstätte in Baden-Württemberg (Nachweis: KV Zulassung oder KV-Registereinzug)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Teilnahme an einer Vertragsschulung ist (Nachweis: Teilnahmebescheinigung)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Zulassung zur vertragsärztlichen Erbringung und Abrechnung der Echokardiographie (Nachweis: KV Zulassung/KV-Registereinzug/Ermächtigung/Abrechnung)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Teilnahme an einer echokardiographischen Fortbildung (Nachweis: Fortbildungsnachweis)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Teilnahme an einer Fortbildung „Gewebedoppler“ (Nachweis: Fortbildungsnachweis)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Teilnahme an DMP gemäß § 3 lit h zum Vertrag unterschriebener Datenschutzvertrag
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Apparative Ausstattung gemäß KBV Richtlinien Qualitätssicherungsmaßnahmen Ultraschall „Harmonic imaging“
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Gewebedoppler (mindestens gepulster Modus)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Ergometrie mit 12-Kanal-EKG-Registrierung
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Ausstattung mit einer onlinefähigen IT (mindestens Windows 2000) und Anbindung über ISDN bzw. DSL
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Ausstattung mit einem nach BMV-Ä zertifizierten Arztinformationssystem (AIS/Praxis-Softwaresystem)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Vertragssoftware vorhanden: _____
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Konnektor
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Schwerpunktbezeichnung Angiologie (Nachweis: KV Zulassung) oder Duplex-Verfahren (Nachweis: KV Zulassung für folgende Duplexe
		<input type="checkbox"/> extrakranielle hirnversorgende Gefäße und/oder
		<input type="checkbox"/> extremitätenver-/entsorgende Gefäße und/oder
		<input type="checkbox"/> abdominelle und retroperitoneale Gefäße sowie Mediastinum
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Stressechokardiographie (Nachweis: KV Zulassung)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Herzschrittmacher /Defi/CRT-Kontrolle (Nachweis: KV Zulassung)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Langzeit-EKG (Nachweis: KV Zulassung)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Invasive Kardiologie (Nachweis: KV Zulassung)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Teilnahme an einem elektronischen Qualitätssicherungssystem für invasiv tätige Kardiologen
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Qualifikationen Kardioversion: (Vorhaltung TEE und Möglichkeit zur mehrstündigen Monitorüberwachung und Anwesenheit von 2 Ärzten in der Praxis während Kardioversion ist stets gegeben
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Spiroergometrieinheit (Nachweis: Gerätekauf-/Leasingvertrag, KV-Abrechnung)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	TEE (Nachweis: KV Abrechnung der letzten 4 Quartale)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	SM-/ICD-/CRT-Implantationen (Nachweis: Facharzt-/Kardiologenzeugnis mit Mengennachweis oder Abrechnungsnachweis für Implantationen der Jahre 2008 bis 2010 oder Bescheinigung über die selbstständige Durchführung durch eine Klinik/Praxis.