

Kassenärztliche Vereinigung Bayerns
Honoraranträge
Elsenheimerstraße 39
80687 München

Antwortfaxnummer: 089 57093-64939

Antrag auf Anpassung der Obergrenze – Fallwert

1 Allgemeine Angaben

Zum Antragsteller

(bei Berufsausübungsgemeinschaften oder MVZ wird ein Antrag je Arzt benötigt)

LANR:

Titel:

Name, Vorname:

Facharztbezeichnung:

E-Mailadresse:

Telefonnummer:

Zur Hauptbetriebsstätte

BSNR:

Straße, Hausnummer:

PLZ, Ort:

2 Quartal

Fristgerecht wird die Anpassung der Obergrenze für folgendes Quartal beantragt:

(die Frist endet einen Monat nach Bekanntgabe des jeweiligen Honorarbescheides)

☐ **4/2026**

3 RLV-Fallwert – Antragsgrund

Besonderer Versorgungsbedarf im Sinne einer bedeutsamen fachlichen Spezialisierung

Bitte stellen Sie konkret Ihre bedeutsame fachliche Spezialisierung dar.

Ergänzend können Sie beispielhafte Leistungspositionen anführen.

Begründung:

4 QZV-Fallwert – Antragsgrund

Besonderer Versorgungsbedarf im Sinne einer bedeutsamen fachlichen Spezialisierung

Bitte stellen Sie konkret Ihre bedeutsame fachliche Spezialisierung dar.

Ergänzend können Sie beispielhafte Leistungspositionen anführen.

Begründung:

Ich bestätige, dass ich den Inhalt des Antrages zur Kenntnis genommen habe und erkenne diesen ausdrücklich als für mich rechtsverbindlich an.

Ort, Datum

Vertragsarzt/-ärztin

Stempel

Daten zurücksetzen

Formular drucken

Formular speichern

Bitte beachten!

Nähere Informationen, wie zum Beispiel die Fristen der Antragsstellung, weitere Voraussetzungen sowie die Durchführungsrichtlinien, finden Sie auf unserer Internetseite unter:

www.kvb.de in der Rubrik Mitglieder – Abrechnung – Honorar – Anpassung der Obergrenze

Die Informationen nach Art. 13 und 14 DSGVO finden Sie unter www.kvb.de/datenschutz.

Auf Wunsch senden wir Ihnen diese auch gerne in Textform zu.

Daten zurücksetzen

Formular drucken

Formular speichern