

Kassenärztliche Vereinigung Bayerns
Honoraranträge
Elsenheimerstraße 39
80687 München

Antwortfaxnummer: 089 57093-64939

Antrag auf Anpassung der Obergrenze – Fallzahl

Erfolgt keine Fallzahlzuwachsbegrenzung, gilt die aktuelle Fallzahl im Abrechnungsquartal.
Ein Antrag ist in diesem Fall nicht erforderlich.

1 Allgemeine Angaben

Zum Antragsteller

(bei Berufsausübungsgemeinschaft 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)

4/2024

3 RLV-Fallzahl – Antragsgründe

Es können auch mehrere Gründe angegeben werden.

3.1 Vertretung eines/r Arztes/Ärztin in eigener Berufsausübungsgemeinschaft (BAG) aufgrund von Urlaub und/oder Krankheit

LANR: | | | | | | | | | |

Name, Vorname des/r Vertretenen: _____

Zeitraum der Vertretung: von: _____ bis _____

3.2 Vertretung eines/r Arztes/Ärztin einer Praxis in der näheren Umgebung aufgrund von Urlaub und/oder Krankheit

BSNR: | | | | | | | | | |

LANR: | | | | | | | | | |

Name, Vorname des/r Vertretenen: _____

Zeitraum der Vertretung: von: _____ bis _____

3.3 Aufgabe einer Zulassung / Genehmigung in der eigenen BAG oder näheren Umgebung

BSNR: | | | | | | | | | |

LANR: | | | | | | | | | |

Name, Vorname des/r Ausgeschiedenen: _____

Nennung der beendeten Genehmigung: _____

Datum der Aufgabe: _____

3.4 Versorgung (in nicht untergeordnetem Umfang) von Patienten aus einem (drohend) unterversorgten Planungsbereich durch Ärzte mit Sitz in einem an diesen angrenzenden Planungsbereich.

Begründung:

- 3.5 Außergewöhnlicher und/oder durch den Arzt unverschuldeter Grund, der zu einer niedrigeren Fallzahl des Arztes im Vorjahresquartal geführt hat.**

Begründung:

- 3.6 Übernahme der Fallzahl des Vorgängers**

Ehemalige BSNR: | | | | | | | | | |

Ggf. LANR: | | | | | | | | | |

Name, Vorname des/r Vorgängers: _____

4 QZV MRT Leistungsfallzahl – Antragsgründe

Es können auch mehrere Gründe angegeben werden.

- 4.1 Vertretung eines/r Arztes/Ärztin in eigener Berufsausübungsgemeinschaft (BAG) aufgrund von Urlaub und/oder Krankheit**

LANR: | | | | | | | | | |

Name, Vorname des/r Vertretenen: _____

Zeitraum der Vertretung: von: _____ bis _____

- 4.2 Vertretung eines/r Arztes/Ärztin einer Praxis in der näheren Umgebung aufgrund von Urlaub und/oder Krankheit**

BSNR: | | | | | | | | | |

LANR: | | | | | | | | | |

Name, Vorname des/r Vertretenen: _____

Zeitraum der Vertretung: von: _____ bis _____

4.3 Aufgabe einer Zulassung / Genehmigung in der eigenen BAG oder in der näheren Umgebung

BSNR: |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

LANR: |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

Name, Vorname des/r Ausgeschiedenen: _____

Nennung der beendeten Genehmigung: _____

Datum der Aufgabe: _____

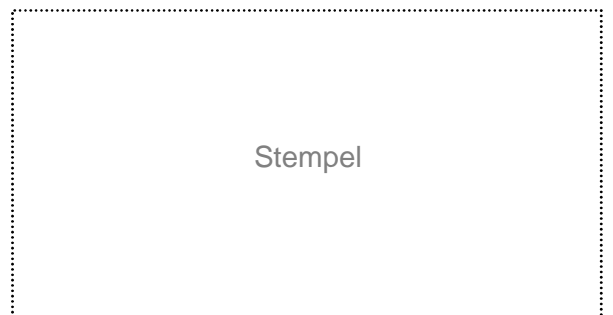
4.4 Außergewöhnlicher und durch den/die Arzt/Ärztin unverschuldeter Grund, der zu einer niedrigeren Leistungsfallzahl des/r Arztes/Ärztin im Vorjahresquartal geführt hat.

Begründung:

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

Ort, Datum

Unterschrift Vertragsarzt/-ärztin
Vertragspsychotherapeut/-therapeutin



Bitte beachten!

Nähere Informationen, wie zum Beispiel Fristen der Antragstellung 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.