

Änderungen Praxisbetrieb wegen Corona

Fax: 0 89 / 5 70 93 – 64 907

E-Mail: Arztregister@kvb.de

➔ Bitte möglichst **online** über
Meine KVB melden.

Stempel Praxis / MVZ

Die Änderung des Praxisbetriebs aufgrund der Corona-Pandemie ist bei einer Einschränkung/
Anpassung des Praxisbetriebs unmittelbar anzuzeigen.

Betroffene Praxis / Praxen

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

NBSNR: | | | | | | | | | | | | | |

Zeitraum des eingeschränkten / angepassten Praxisbetriebs wegen Corona ¹⁾

vom _____
Datum (immer angeben)

(vorläufig) bis _____
Datum (immer angeben)

1) z.B. wegen Corona-Erkrankung in der Praxis, Praxisschließungen durch das Gesundheitsamt

Umfang und betroffene Vertragsärzte/-psychotherapeuten

- Schließung der gesamten Praxis** / aller Betriebsstätten (bitte Praxisvertretung benennen)
- Einschränkungen im Praxisbetrieb:**
 - alle in der Praxis/ den Betriebsstätten tätigen Vertragsärzte/ -psychotherapeuten sind betroffen
 - folgende der in der Praxis/ den Betriebsstätten tätigen Vertragsärzte/ -psychotherapeuten sind betroffen²⁾:
LANR 1: | | | | | | | | | | | | | | Name, Vorname: _____
 - LANR 2: | | | | | | | | | | | | | | Name, Vorname: _____
 - LANR 3: | | | | | | | | | | | | | | Name, Vorname: _____
 - LANR 4: | | | | | | | | | | | | | | Name, Vorname: _____

2) Bei mehr als vier Ärzten/ Psychotherapeuten bitte mehrere Meldungen erstellen.

Die Praxisvertretung erfolgt

- unter Verwendung des „Abrechnungsscheins für ärztlichen Notfalldienst, Urlaub- bzw. Krankheitsvertretung“ (Muster 19) durch folgende/n niedergelassene/n Kollegen, mit dem/denen die Vertretung abgesprochen wurde:

(Name(n), Gebietsbezeichnung, Praxisort der/des Vertreter/-s)
- durch folgende(n) Vertreter in meiner eigenen Vertragsarzt/-psychotherapeutenpraxis bzw. MVZ:

(Name(n), Gebietsbezeichnung, Praxisort der/des Vertreter/-s)
- Die Abwesenheit des o. g. Arztes / Psychotherapeuten** wird durch fachgleiche Partner der Berufsausübungsgemeinschaft aufgefangen (die erbrachten Leistungen können während der Abwesenheit nur über die LANR der/des anwesenden Partners im Rahmen der gemeinsamen Berufsausübung abgerechnet werden).

Ort, Datum

Unterschrift Vertragsarzt/-psychotherapeut/BAG-Vertretungsberechtigter
/ MVZ-Vertretungsberechtigter³⁾

3) Bei Abwesenheit von angestellten Ärzten ist der Praxisinhaber bzw. der MVZ-Vertretungsberechtigte zur Meldung und Unterschrift verpflichtet.

Ergänzung / Hinweis

Um einen Überblick über die Versorgungssituation zu erlangen, Versorgungsengpässe zu vermeiden und bei Bedarf rechtzeitig reagieren zu können, benötigen wir Ihre Rückmeldung, sobald Ihre Praxis wegen Corona in eingeschränktem Umfang betrieben oder geschlossen werden muss. **Ihre Meldung hilft uns auch dabei, im Folgejahr ein atypisches Aufsatzquartal für die Honorarverteilung leichter zu erkennen.** Wenn Sie nicht genau sagen können, wie lang sie von der Situation betroffen sind, geben Sie bitte ein vorläufiges Datum an und verlängern Sie ggf. die Meldung mithilfe einer neuen Meldung