Kassenärztliche Vereinigung Bayerns
Finanzen
Elsenheimerstr. 39
80687 München

Fax: 08 21 / 32 56 – 4 02 74
Tel.: 0 89 / 5 70 93 – 46 60
E-Mail: Finanzen.nbg@kvb.de

Praxisstempel

Fallzahlmeldung und Antrag auf Abschlagszahlung (BZST 66 – Mittelfranken)

Honorarabrechnungsnummer: I__I__I__I__I__I__I__I Praxiseröffnung am: _____
tt.mm.jj

Betriebsstättennummer: I__I__I__I__I__I__I__I__I__I

Für Quartal_____ liegen zum Stichtag_____
tt.mm.jj

folgende Behandlungsscheine, **die über die KVB abgerechnet werden**, vor:

	1. Quartalsmonat	2. Quartalsmonat	3. Quartalsmonat
Fallzahlen (kurativ und präventiv) ambulant u. stationär			

_____ _____
Ort, Datum Unterschrift

Hinweise

Die im Vormonat gemeldeten Behandlungsausweise/Berechtigungsscheine sind in der oben stehenden Gesamtzahl **nicht** enthalten.

Die Fallzahlmeldung ist monatlich nach Praxiseröffnung jeweils bis zum **3. des folgenden Monats** einzureichen:

- bei Praxisbeginn am Quartalsanfang für 6 Monate
- bei Praxisbeginn während des Quartals für **2 volle Quartale**

Bitte legen Sie - um einen schnellen Ablauf zu gewährleisten - dieses Formular am Quartalsende nicht Ihrer Abrechnung bei.

Die Informationen nach Art. 13 und 14 DSGVO finden Sie unter www.kvb.de/datenschutz.
Auf Wunsch senden wir Ihnen diese Informationen auch gerne in Textform zu.