KVB
Kassenärztliche Vereinigung Bayerns

Kassenärztliche Vereinigung Bayerns
Finanzen
Elsenheimerstr. 39
80687 München

Fax: 089 / 57093 - 46 99
Tel.: 089 / 57093 - 36 18
E-Mail: Finanzen.Honorar@kvb.de

Praxisstempel

**Fallzahlmeldung und Antrag auf Abschlagszahlung** (BZST 70 – Schwaben)

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.*