

Kassenärztliche Vereinigung Bayerns  
Honoraranträge  
Elsenheimerstr. 39  
80687 München

Fax 0 89 / 5 70 93 – 64 939

## Antrag auf Anpassung der Obergrenze – Fallwert

### 1. Allgemeine Angaben

<b>Antragsteller</b> (bei Berufsausübungsgemeinschaft/MVZ ein Antrag je Arzt)	
<b>LANR:</b>  _ _ _ _ _ _ _ _ _ _	<b>Titel</b> _____
<b>Name</b> _____,	<b>Vorname</b> _____
<b>Facharztbezeichnung</b> _____	
<b>BSNR:</b>  _ _ _ _ _ _ _ _ _ _	
_____ Straße, Hausnummer, PLZ, Ort der Hauptbetriebsstätte	
_____ E-Mail-Adresse	_____ Telefonnummer

### 2. Quartal

Fristgerecht wird die Anpassung der Obergrenze für folgendes Quartal beantragt *(die Frist endet einen Monat nach Bekanntgabe des jeweiligen Honorarbescheides)*:

<input type="checkbox"/> 3/2021
---------------------------------

### 3. RLV-Fallwert – Antragsgründe Besonderer Versorgungsbedarf

Es können auch mehrere Gründe angegeben werden.

<p><b>1. Besonderer Versorgungsauftrag</b></p> <p><input type="checkbox"/> <b><u>Begründung:</u></b></p> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <p>Bitte stellen Sie Ihren besonderen Versorgungsauftrag dar.</p> <p><b>2. Bedeutsame fachliche Spezialisierung</b></p> <p><input type="checkbox"/> <b><u>Begründung:</u></b></p> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <p>Bitte stellen Sie konkret Ihre bedeutsame fachliche Spezialisierung dar. Ergänzend können Sie beispielhafte Leistungspositionen anführen.</p>
---

### 4. QZV-Fallwert – Antragsgründe

Es können auch mehrere Gründe angegeben werden.

<p><b>1. Besonderer Versorgungsauftrag</b></p> <p><input type="checkbox"/> <b><u>Begründung:</u></b></p> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <p>Bitte stellen Sie Ihren besonderen Versorgungsauftrag dar.</p>
--

**2. Bedeutsame fachliche Spezialisierung**

**Begründung:**

---

---

---

---

---

---

---

---


---

---

Bitte stellen Sie konkret Ihre bedeutsame fachliche Spezialisierung dar. Ergänzend können Sie beispielhafte Leistungspositionen anführen.

**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 / Vertragspsychotherapeut 

Stempel Antragsteller



**Wichtige Informationen, bitte aufmerksam lesen**

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

Nähere Informationen wie zum Beispiel zu dem Zeitrahmen der Antragsstellung finden Sie auf unserer Internetseite unter [www.kvb.de](http://www.kvb.de) in der Rubrik *Abrechnung/ Honorar/ Honorar ab 01.01.2021*.