

Kassenärztliche Vereinigung Bayerns  
Honoraranträge  
Elsenheimerstr. 39  
80687 München

Fax 0 89 / 5 70 93 – 6 49 39

### Antrag auf Anpassung der Obergrenze – Fallzahl

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

#### 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"/>	3/2020
--------------------------	--------

#### 3. RLV-Fallzahl – Antragsgründe

Es können auch mehrere Gründe angegeben werden.

<input type="checkbox"/>	<b>1. Vertretung eines Arztes in eigener Berufsausübungsgemeinschaft (BAG) aufgrund von Urlaub und/oder Krankheit</b>
	LANR:  _ _ _ _ _ _ _ _ _ _
	_____ Name, Vorname des Vertretenen
	von  _ _ _ _ _ _ _ _  bis  _ _ _ _ _ _ _ _  Zeitraum der Vertretung



**2. Vertretung eines Arztes einer Praxis in der näheren Umgebung aufgrund von Urlaub und/oder Krankheit**

BSNR: |\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_| LANR: |\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|

\_\_\_\_\_  
Name, Vorname des Vertretenen

von |\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_| bis |\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|  
Zeitraum der Vertretung

**3. Aufgabe einer Zulassung/Genehmigung in der eigenen BAG oder näheren Umgebung**

BSNR: |\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_| LANR: |\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|

\_\_\_\_\_  
Name, Vorname des Ausgeschiedenen/Nennung der beendeten Genehmigung

|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|  
Datum der Aufgabe

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

\_\_\_\_\_  
Begründung

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

\_\_\_\_\_  
Begründung

**6. Übernahme der Fallzahl des Vorgängers**

ehemalige BSNR: |\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_| ggf. LANR: |\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|

\_\_\_\_\_  
Name des Vorgängers

**7. Beschäftigung eines Weiterbildungsassistenten im Rahmen der geförderten Weiterbildung nach § 75a SGB V**

\_\_\_\_\_  
Name Weiterbildungsassistent


ggf. LANR: |\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|

Gemäß § 19 Abs. 1 Buchst. a) TV-Ärzte/ VKA:  Stufe 3  Stufe 4  Stufe 5  Stufe 6


Vertragliche Arbeitszeit pro Woche in Stunden |\_|\_|



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

Bitte denken Sie daran, alle mit  gekennzeichneten Nachweise als Kopie dem Antrag beizulegen.

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Vertragsarzt / Vertragspsychotherapeut 

Stempel Antragsteller

<b>Checkliste</b> (je nach Antragsgrund)	<b>Sind dem Antrag beigefügt</b>
<b>bei den Punkten 3.1, 3.2, 4.1 und 4.2:</b> Abwesenheitsmeldung des zu vertretenden Vertragsarztes	<input type="checkbox"/>
oder  Attest eines Arztes	<input type="checkbox"/>
<b>bei Punkt 3.6:</b> Schriftliches Einverständnis zur Fallzahlübernahme	<input type="checkbox"/>



## 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 01.01.2020*.