

Antrag auf Anpassung des Regelleistungsvolumens (RLV) / Qualitätsgebundenen Zusatzvolumen (QZV)

KASSENÄRZTLICHE VEREINIGUNG BERLIN
Abteilung Datenbankverwaltung
Masurenallee 6 A
14057 Berlin

Vertragsarztstempel

Antrag auf Anpassung des Regelleistungsvolumens (RLV) / Qualitätsgebundenen Zusatzvolumen (QZV) gemäß des Honorarverteilungsmaßstabes für den Zeitraum ab 01.01.2014 Teil II

1. Allgemeine Angaben

Name des Antragstellers: _____

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Betriebsstättennummer (BSNR)

Die Antragstellung erfolgt:

für mich

für den angestellten Arzt

Name des Arztes: _____

Lebenslange Arztnummer (LANR):
(wenn vorhanden)

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

2. Quartal

Die Anpassung des RLV's / QZV's wird fristgerecht beantragt:
(Ein Antrag kann frühestens mit dem Erhalt der RLV/QZV-Zuweisung für das entsprechende Quartal gestellt werden. Die Frist endet einen Monat nach Bekanntgabe des jeweiligen Honorarbescheides):

für folgende/s Quartal/e: _____

3. RLV/QZV-Fallzahl – Antragsgründe

a) **Urlaubs- und krankheitsbedingter Vertretung eines Arztes der eigenen Berufsausübungsgemeinschaft**

Name, Vorname des Vertretenen _____

von _____ bis _____ Zeitraum der Vertretung

- b) Urlaubs- und krankheitsbedingter Vertretung eines Arztes einer Arztpraxis in der näheren Umgebung der Arztpraxis**

Name, Vorname des Vertretenen _____

von _____ bis _____ Zeitraum der Vertretung

- c) Aufgabe einer Zulassung oder genehmigten Tätigkeit eines Arztes der eigenen Berufsausübungsgemeinschaft**

Name, Vorname des Ausgeschiedenen _____

Datum der Aufgabe _____

- d) Aufgabe einer Zulassung oder genehmigten Tätigkeit eines Arztes einer Arztpraxis in der näheren Umgebung der Arztpraxis**

Name, Vorname des Ausgeschiedenen /Genehmigung _____

Datum der Aufgabe _____

- e) außergewöhnlicher und/oder durch den Arzt unverschuldeter Grund der zu einer niedrigen arztindividuellen Fallzahl des Arztes im Aufsatzquartal geführt hat z.B. Krankheit des Arztes (Nachweis sofern vorhanden bitte beifügen)**

- f) Übertragung von RLV-Fällen auf das entsprechende Quartal des Folgejahres wegen eigener vorübergehenden Praxisschließung wegen Urlaub**

- 4. RLV/QZV-Praxisbesonderheiten (Überschreitung des RLV-spezifischen Arztgruppenfallwertes um mindestens 30%)**

Bitte stellen Sie Ihren besonderen Versorgungsauftrag und/oder Ihre bedeutsame fachliche Spezialisierung dar (ggfs. gesondertes Blatt verwenden).

- 5. Zuweisung eines QZV wegen neuer Abrechnungsgenehmigung**

QZV-Nr. _____ Bezeichnung des QZV _____

Datum der Abrechnungsgenehmigung _____

Ort, Datum

Unterschrift Vertragsarzt /Ärztlicher Leiter

Für MVZ und Einrichtungen kann ein Antrag auf Erhöhung des RLV/QZV nur vom Ärztlichen Leiter gestellt werden.