

Kassenärztliche Vereinigung Berlin
Abteilung Datenbankverwaltung
Masurenallee 6 A
14057 Berlin

Fax: 030 / 31 003-50880

Vertragsarztstempel

**Antrag auf Anpassung des Regelleistungsvolumens (RLV) /
Qualitätsgebundenen Zusatzvolumens (QZV)**
gemäß dem gültigen Honorarverteilungsmaßstab

1. Allgemeine Angaben

Name des Antragstellers: _____

Betriebsstättennummer (BSNR):

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

Die Antragstellung erfolgt:

Für mich Für den angestellten Arzt: _____

Lebenslange Arztnummer (LANR, wenn vorhanden):

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

2. Quartal

Die Anpassung des RLV/QZV wird fristgerecht beantragt:
Ein Antrag kann für maximal vier Quartale in die Zukunft 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 krankheitsbedingte Vertretung eines Arztes der eigenen Berufsausübungsgemeinschaft

Name, Vorname des Vertretenen: _____

Zeitraum der Vertretung: von _____ bis _____

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

Name, Vorname des Vertretenen: _____

Zeitraum der Vertretung: von _____ bis _____

- 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. Anhand entsprechender Listen ist die Patientenübernahme nachzuweisen.**

Name, Vorname des Arztes: _____

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 bitte beifügen, sofern vorhanden)**

- f) **Übertragung von RLV-/QZV-Fällen auf das entsprechende Quartal des Folgejahres wegen eigener vorübergehender Praxisschließung wegen Urlaub. Die Antragsfrist endet zum Ablauf des Quartals, in dem die Praxisschließung beantragt wurde.**

Anzahl der zu übertragenden Fallzahlen: _____

4. **RLV-/QZV-Praxisbesonderheiten**

Bitte stellen Sie die bedeutsame fachliche Spezialisierung unter Angabe der entsprechenden EBM-Gebührenordnungsposition dar.

5. **Zuweisung von QZV wegen neuer Abrechnungsgenehmigung/en (Mehrfachnennung möglich)**

QZV-Nr/n.: _____

Bezeichnung des/der QZV: _____

Datum der Abrechnungsgenehmigung/en: _____

Datum

Unterschrift Antragsteller

Für MVZ und Einrichtungen kann ein Antrag auf Anpassung des RLV/QZV nur vom Ärztlichen Leiter bzw. von einer bevollmächtigten Person gestellt werden.