

Absender:

.....
Ort, Datum

.....
Betriebsstättennummer

Kassenärztliche Vereinigung Thüringen
Abteilung Honorare/Widersprüche
Zum Hospitalgraben 8
99425 Weimar

Telefax: 03643 559-191

Antrag auf Erhöhung der individuellen Punktzahl gemäß den Regelungen nach § 12 HVM

Sehr geehrte Damen und Herren,

ich/wir beantrage/n eine Erhöhung der individuellen Punktzahl für das/die Quartal/e

- Begründung:
- Fallzahlenanstieg (wg. Patientenübernahmen) gegenüber dem Vorjahresquartal aufgrund von
 - eigene Krankheit vom / bis:
 - Ruhen der Zulassung vom / bis:
 - Genehmigung zur Abrechnung neuer Leistungen ab dem
GOP:
 - Genehmigung zur Führung einer Zweigpraxis
 - Sonderbedarfszulassung nach den Regelungen der Bedarfsplanungsrichtlinie
 - Weiterbildung (bitte Teilnahmebestätigung beifügen)
 - sonstige Gründe:

ggf. weitere Begründung:
.....
.....
.....
.....

Stempel/Unterschrift