

Kassenärztliche Vereinigung Bayerns  
Honoraranträge  
Elsenheimerstraße 39  
80687 München

Antwortfaxnummer: 089 57093-64939

---

## Antrag auf Anpassung der Obergrenze – Härtefallregelung nach HVM

### 1 Allgemeine Angaben

#### Zum Antragsteller

(bei Berufsausübungsgemeinschaft oder MVZ wird ein Antrag je Arzt benötigt)

LANR:

Titel:

Name, Vorname:

Facharztbezeichnung:

E-Mailadresse:

Telefonnummer:

#### Zur Hauptbetriebsstätte

BSNR:

Straße, Hausnummer:

PLZ, Ort:

### 2 Quartal

Fristgerecht wird die Anpassung der Obergrenze für folgendes Quartal beantragt:

(die Frist endet einen Monat nach Bekanntgabe des jeweiligen Honorarbescheides)

**3/2024**

### 3 Antrag auf Härtefallregelung

Es können auch mehrere Gründe angegeben werden.

**Begründung:**

---

---

---

---

---

---

---

---

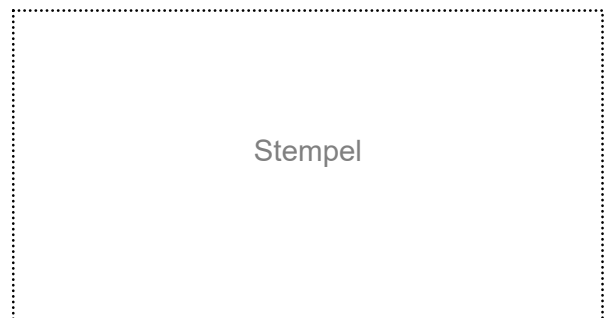
---

---

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/-ärztin  
Vertragspsychotherapeut/-therapeutin



**Bitte beachten!**

Nähere Informationen, wie zum Beispiel Fristen der Antragstellung sowie die Durchführungsrichtlinien finden Sie auf unserer Internetseite unter:

[www.kvb.de](http://www.kvb.de) in der Rubrik Abrechnung – Honorar – Anpassung der Obergrenze.

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 auch gerne in Textform zu.