

Kassenärztliche Vereinigung Bayerns  
Abrechnung/Honoraranträge  
Vogelsgarten 6  
90402 Nürnberg

**Bitte unbedingt per FAX an:**  
**0 89 / 5 70 93- 6 39 61**

## Vereinfachte Anzeige

zur temporären Ausführung und Abrechnung der **Videosprechstunde**  
im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung

(entsprechend der Vereinbarung über die Anforderungen an die technischen Verfahren zur Videosprechstunde gemäß § 365 Absatz 1 SGB V (Anlage 31b zum Bundesmantelvertrag-Ärzte (BMV-Ä))

### 1. Allgemeine Angaben

**Anzeigepflichtiger** (bei angestelltem Arzt/Therapeut ist dies der Arbeitgeber, bei einem im MVZ tätigen Arzt/Therapeut der MVZ-Vertretungsberechtigte, bei einem bei einer BAG angestellten Arzt/Therapeut der BAG-Vertretungsberechtigte)

**LANR:** | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | **Titel** Dr.

**Name** John A., **Vorname** Zoidberg

☒ Ich bin in Einzelpraxis/Berufsausübungsgemeinschaft zugelassener Vertragsarzt/Therapeut  
seit/ab: 01.04.27  
tt.mm.jj

☐ Ich bin Vertretungsberechtigter der BAG \_\_\_\_\_  
(Name der BAG)

☐ Ich bin Vertretungsberechtigter des MVZ \_\_\_\_\_  
(Name des MVZ)

☐ Ich bin am Krankenhaus \_\_\_\_\_ ermächtigter Arzt/Therapeut  
seit/ab: \_\_\_\_\_  
tt.mm.jj (Name des KH)

Empire State Trl, -, NY 10019, New York

Straße, Hausnummer, PLZ, Ort der Hauptbetriebsstätte

zoidberg@mums-mail.com

E-Mail-Adresse

9821-2157-556-8

Telefonnummer

Nur falls noch nicht zugelassen: Wohnanschrift

### Die Anzeige erfolgt für

☐ den Anzeigepflichtigen persönlich *oder*

☐ den folgenden beim Anzeigepflichtigen tätigen Arzt/Therapeut:

**LANR:** | | | | | | | | | | **Titel** \_\_\_\_\_

**Name** \_\_\_\_\_, **Vorname** \_\_\_\_\_

☐ Angestellter Arzt/Therapeut bei o.g. Einzelpraxis seit/ab: \_\_\_\_\_  
tt.mm.jj

☐ Angestellter Arzt/Therapeut bei o.g. Berufsausübungsgemeinschaft seit/ab: \_\_\_\_\_  
tt.mm.jj