

Absender:

.....

Ort, Datum

.....

Betriebsstättennummer

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

Telefax: 03643 559-191

Antrag auf Ausgleich von überproportionalen Honorarverlusten gemäß den Regelungen nach § 15 HVM (sog. Härtefallregelung)

Sehr geehrte Damen und Herren,

ich/wir beantrage/n den Ausgleich von überproportionalen Honorarverlusten für das/die Quartal/e

- Begründung: Honorarminderung durch Änderungen im EBM
 Honorarminderung durch Änderungen der Honorarsystematik

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

Stempel/Unterschrift