



Kassenärztliche Vereinigung Hessen
Finanzmanagement/Jobsharing
Postfach 15 02 04
60062 Frankfurt

**Telefax an:
069 24741-68824**

Meldung zur Berechnung der Abschlagszahlung

für den Monat _____ 20_____

- Ärzte melden zum **20. des jeweiligen Monats:**

Aktuelle Fallzahl des gemeldeten Abrechnungszeitraumes _____

Erwartete Fallzahl des gesamten Abrechnungsquartals _____

- Psychotherapeuten sowie psychotherapeutisch tätige Ärzte
melden zum **Ende des jeweiligen Monats**
(**ACHTUNG: bitte keine quartalsübergreifenden Meldungen abgeben**)

Finanzmanagement/Jobsharing

Tel 069 24741-7777
Fax 069 24741-68824

Kassenärztliche Vereinigung Hessen
Körperschaft des öffentlichen Rechts
Europa-Allee 90 | 60486 Frankfurt
Postfach 15 02 04 | 60062 Frankfurt
www.kvhessen.de

Deutsche Apotheker- und Ärztebank eG
IBAN: DE92 3006 0601 0101 2721 28
BIC: DAAEDEDXXX

In der Anlage sind folgende Ausdrucke beigefügt:
(Bitte nicht patientenbezogen)

- Computerausdruck der Fallzusammenstellung des obengenannten Monats
- Computerausdruck der Leistungsübersicht
(Gebührennummernstatistik) des obengenannten Monats

(Zahlungen sind in der Regel zehn Tage nach Einreichung zu erwarten)

Ort, Datum	Stempel, wenn noch nicht vorhanden BSNR	Unterschrift
------------	--	--------------

Datenschutz

Die Datenverarbeitung ist gemäß Art. 6 Abs. 1 lit. c) DSGVO für die Aufgabenerfüllung der KV Hessen erforderlich und erfolgt damit rechtmäßig. Weitere Informationen zu den datenschutzrechtlichen Informationspflichten der Kassenärztlichen Vereinigung Hessen nach Art. 13 DSGVO finden Sie auf unserer Homepage unter: <https://www.kvhessen.de/datenschutz>