



**Bitte bei Bedarf ausgefüllt zurück an:**

Kassenärztliche Vereinigung Hessen  
Europa Allee 90  
60486 Frankfurt

**Hinterlegung einer Abrechnungsanschrift für die BSNR im  
Ärztlichen Bereitschaftsdienst**

**BSNR:** \_\_\_\_\_

**Name:** \_\_\_\_\_



Honorarunterlagen für die Tätigkeit im ÄBD werden an die Privatanschrift  
versendet. **Falls gewünscht**, kann zusätzlich eine Abrechnungsanschrift  
hinterlegt werden:

**Abrechnungsanschrift:**

\_\_\_\_\_  
Praxisname

\_\_\_\_\_  
Name

\_\_\_\_\_  
Ansprechpartner oder Adresszusatz (sofern vorhanden)

\_\_\_\_\_  
Straße

\_\_\_\_\_  
PLZ und Ort