

ANTRAG AUF ZE-VORAUSZAHLUNG  
– ANLAGE ZUR ZE-ABRECHNUNG –



KZV Berlin  
Abt. Buchhaltung  
Georg-Wilhelm-Str. 16  
10711 Berlin

interner Vermerk

\_\_\_\_\_ Datum

\_\_\_\_\_ 1. Bearbeiter

\_\_\_\_\_ 2. Bearbeiter

– Bitte im Original zurücksenden! –

**Bitte verwenden Sie dieses Formular jeweils monatlich, wenn die ZE-Abrechnung per Diskette oder per Papier bei der KZV Berlin eingereicht wird.**

Abrechnungsmonat: \_\_\_\_\_

Gesamtkassenzuschuss: \_\_\_\_\_ €

Name der Gesellschaft bzw. des Vertragszahnarztes: \_\_\_\_\_

Status:  Einzelpraxis  BAG  ÜBAG  KÜBAG  MVZ

Abrechnungsnummer zum Zeitpunkt der Antragstellung: \_\_\_\_\_

Der Vorauszahlungsbetrag geht aus den zur Abrechnung eingereichten Daten hervor. Die abgerechneten Leistungen sowie die Material- und Laborkosten entsprechen den vertraglichen Vereinbarungen zwischen den Krankenkassen und der KZV Berlin.

Die Entscheidung über den Antrag liegt im Ermessen der KZV Berlin.

Endgültige Korrekturen durch die KZV Berlin können erst in den tatsächlichen ZE-Abrechnungen berücksichtigt werden und eine Vorauszahlung kann nur erfolgen, soweit keine Honorarrückzahlungsansprüche der KZV Berlin bestehen.

Der jeweils geltende Zinssatz wird mit der monatlichen ZE-Vorauszahlung verrechnet.

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

Rechtsverbindliche Unterschrift(en) der/des Vertretungsberechtigten:

\_\_\_\_\_  
Name, Vorname in Druckbuchstaben

\_\_\_\_\_  
Name, Vorname in Druckbuchstaben

\_\_\_\_\_  
Name, Vorname in Druckbuchstaben

Sollte die Anzahl der vorgesehenen Unterschriftsfelder nicht ausreichen, bitten wir Sie, alle weiteren Unterschriften unter Angabe des Namens in Druckbuchstaben auf der Rückseite zu leisten.