

ANTRAG AUF ZE-VORAUSZAHLUNG  
BEI ONLINEABRECHNUNG



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 einmalig, wenn die ZE-Abrechnung online bei der KZV Berlin eingereicht wird.**

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

Status:  Einzelpraxis  BAG  ÜBAG  KÜBAG  MVZ

Abrechnungsnummer zum  
Zeitpunkt der Antragsstellung: \_\_\_\_\_

Beantragt wird die regelmäßige 80%ige Vorauszahlung auf den jeweiligen Gesamtkassenzuschuss der ZE-Abrechnung zum nächstmöglichen Zeitpunkt.

Die Entscheidung über den Antrag liegt im Ermessen der KZV Berlin. Die Bewilligung der regelmäßigen Vorauszahlung kann jederzeit durch die KZV Berlin widerrufen werden.

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.

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.

Ein Verzicht auf die ZE-Vorauszahlung kann bis zum Ende des Kalendermonats für den Folgemonat erklärt werden.

\_\_\_\_\_  
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.