



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

schlichtung@kzv-berlin.de
Fax-Nr.: 89004-46406

Abrechnungstempel

Antrag auf Abrechnungskorrektur

Abrechnungsnummer: _____

Pat.: _____

geb.: _____

Versichertennummer: _____

Ich erkläre im oben genannten Behandlungsfall eine Abrechnungskorrektur bzw. Stornierung und überreiche Ihnen die folgenden Unterlagen:

- Kopie des bewilligten Heil- und Kostenplanes
- eventueller Schriftverkehr

Ich ermächtige die KZV Berlin, das Honorarkonto meiner Praxis für die prothetische Versorgung mit dem Festzuschuss in Höhe von _____ Euro zu belasten und der _____ gutzuschreiben.
Betrag Krankenkasse

Grund dafür ist:

Datum

Unterschrift Vertragszahnärztin/Vertragszahnarzt