



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

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

Abrechnungsstempel

Antrag auf Vertragswandel

Pat.: _____

geb.: _____

Versichertennummer: _____

Heil- und Kostenplan vom: _____

Eingliederung am: _____

Ohne Anerkennung einer Rechtspflicht erkläre ich im oben genannten Behandlungsfall den Vertragswandel 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 _____
Betrag Krankenkasse

gutzuschreiben.

Grund dafür ist:

Datum

Unterschrift Vertragszahnärztin/Vertragszahnarzt