



**KZV**  
H A M B U R G

**KASSENZAHNÄRZTLICHE VEREINIGUNG HAMBURG**  
KÖRPERSCHAFT DES ÖFFENTLICHEN RECHTS

**Beantragung Zugang zum Online-Portal:** [www.kzv-hamburg.de/online](http://www.kzv-hamburg.de/online)

**Ich beantrage:**

- ▶ Persönliche Zugangsdaten für das Online-Abrechnungsportal und einen
- ▶ separaten Teamzugang (für das Praxisteam),  
nur zum Dateiversand an die KZV und nicht zum Online-Abruf von Konten

und verpflichte mich:

- ▶ meine persönlichen Zugangsdaten (Benutzername und Passwort) geheim zu halten und vor Missbrauch zu schützen,
- ▶ bei Preisgabe oder Verdacht der Preisgabe des Passwortes dieses unverzüglich bei der KZV Hamburg ändern oder sperren zu lassen,
- ▶ die Abrechnung/en mit einem zahnärztlichen Praxissystem mit der jeweils aktuellen Eignungsfeststellung der KZBV und nach den jeweils gültigen vertraglichen Bestimmungen zu erstellen.

**Optional für den Praxisinhaber:**



**Online-Abruf von Konten und Verzicht auf den Papierversand:**

Ich erkläre mich bis auf Widerruf damit einverstanden, dass meine abrechnungsrelevanten Daten auf dem Server des Providers gespeichert werden. Ich rufe mein Honorarkonto, meine Gutschriften und Punktekontoauszüge online ab und verzichte mit sofortiger Wirkung auf die Übersendung in Papierform. Die **Quartalsabrechnung** erhalte ich auch **weiterhin in Papierform**.

**Erklärung:**

Ich lade nach vorheriger Information durch die KZV Hamburg per E-Mail das KZV-Rundschreiben **ZAHNARZT – aktuell** und das BKV von der Website [www.kzv-hamburg.de](http://www.kzv-hamburg.de) herunter.

---

(Praxis-E-Mail-Adresse)

---

(Nachname, Vorname)

---

(Datum und Unterschrift des Praxisinhabers)

Rücksendung: ausgefüllt und unterschrieben an:  
Fax  36 44 70 oder E-Mail: [info@kzv-hamburg.de](mailto:info@kzv-hamburg.de)

Abrechnungs-Nr. / oder Stempel