

Kassenzahnärztliche Vereinigung Land Brandenburg
EDV-Abteilung
Postfach 600864

14408 Potsdam

Einmalerklärung zur papierlosen Abrechnung

Gilt für die Abrechnung über das Erfassungsportal sowie für die Online-Abrechnung!
(ersetzt die monatlich/quartalsweise ausgedruckten Begleitzettel zur Abrechnung)

- | | | |
|--------------------------|---------------------------|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> | KCH- Abrechnung | <u>ab Abrechnungszeitraum:</u> |
| <input type="checkbox"/> | KFO- Abrechnung | / 20..... |
| <input type="checkbox"/> | ZE- Abrechnung | <i>Quartal/ Jahr</i> |
| <input type="checkbox"/> | PAR- Abrechnung | /20..... |
| <input type="checkbox"/> | KB/ KG- Abrechnung | <i>Monat/ Jahr</i> |

Zutreffende Abrechnungsart (-en) bitte ankreuzen!

_____	_____
Anrede	Titel
_____	_____
Name	Vorname
_____	_____
Geburtsdatum	Abrechnungs-Nr.
_____	_____
Geburtsort	Email-Adresse

1. Erklärung zu den Primärkassen (AOK, LKK, BKK, IKK, KN)

Ich erkläre durch meine Unterschrift, dass sämtliche Übertragungen von Abrechnungsdaten über das Internet zur KZV Land Brandenburg für **eigene und fremde Primärkassen** und für die **Knappschaft** den vertraglichen Bestimmungen entsprechen und die in Rechnung gestellten Leistungen von mir persönlich/meinem Praxismit inhaber oder unter meiner Aufsicht vertragsgerecht ausgeführt und sachlich richtig abgerechnet werden.

Soweit zahntechnische Leistungen gewerblicher Zahn techniker in Rechnung gestellt wurden, sind die Kosten in der angegebenen Höhe angefallen.

2. Erklärung zu den Ersatzkassen (vdek)

Ich erkläre durch meine Unterschrift, dass sämtliche Übertragungen von Abrechnungsdaten über das Internet zur KZV Land Brandenburg den Bestimmungen des zwischen der KZBV einerseits und dem **vdek** andererseits gültigen Vertrages entsprechen und sachlich richtig abgerechnet werden.

3. Allgemeine Erklärungen

Ich erkläre, dass ich durch entsprechende organisatorische und technische Maßnahmen für alle in Zukunft mittels Online-Abrechnung eingereichten Abrechnungen Folgendes gewährleiste:

- Die Erfassung jeder einzelnen Leistung zur Abrechnung erfolgt erst nach deren vollständiger Erbringung unter Beachtung des Grundsatzes der Notwendigkeit und Wirtschaftlichkeit.
- Es wird die genehmigte Programmversion angewandt.
- Es werden nur solche Abrechnungsfälle eingereicht, für die vorher die KV-Karte oder elektronische Gesundheitskarte des Versicherten eingelesen wurde bzw. das manuelle Ersatzverfahren angewandt wurde und ggf. ein Originalschein beigefügt wird.

Weiterhin bestätige ich, dass ich

- die Verantwortung für den Schutz meines Benutzernamens und meines Passworts vor Missbrauch durch Unbefugte übernehme,
- das Passwort geheim halte,
- bei Preisgabe oder Verdacht der Preisgabe des Passwortes dieses unverzüglich ändern werde, oder meinen Zugang durch die KZV Land Brandenburg (Tel. 0331 2977-180) sperren lasse.
- die Richtigkeit der jeweiligen Abrechnung auch dann gewährleiste, wenn ich die Übertragung der Abrechnungsdatei an ein Praxisteam-Mitglied delegiere und/oder die Richtigkeit nicht noch einmal gesondert mit meiner Unterschrift bestätige.

Darüber hinaus erkläre ich, dass die vorliegenden Abrechnungen keine Leistungen enthalten, die im Rahmen von Selektivverträgen oder in deren Zusammenhang (Begleitleistungen) erbracht wurden.

Ort, Datum

Unterschrift, Abrechnungsstempel

Prüfvermerk Abteilung Zulassung
Die Richtigkeit der oben gemachten Angaben wird bestätigt. Die Unterschrift entspricht der in der Zulassungsabteilung vorliegenden Unterschriftsprobe.
Potsdam, den

Bearbeitungsvermerk Abteilung EDV und Datenträgeraustausch
Es wurden die entsprechenden Datenbankeinträge vorgenommen und auf den Internetserver übertragen.
Benutzerkennung:
Potsdam, den