

**Kassenzahnärztliche Vereinigung
Land Brandenburg
14469 Potsdam, Helene-Lange-Straße 4 – 5**

Kieferbruchabrechnung

Monat _____ Jahr _____

Die Abrechnung ist bis zum
10.
jeden Monats einzureichen.
Abrechnungen, die am 10. der
KZVLB nicht vorliegen,
können erst einen Monat
später bearbeitet werden.

Abrechnungsstempel

Zur Beachtung: Bitte Abrechnungsbelege mit der Kostenübernahmeerklärung des Kostenträgers und der spezifizierten Material- und Laborrechnung beifügen. Hierunter fallen alle Behandlungsfälle aufgrund von Verletzungen des Gesichtsschädels (Kieferbruch) und aufgrund von Erkrankungen des Gesichtsschädels (z. B. Schienungen bei Kiefergelenkerkrankungen). Bezüglich des Punktwertes gilt jener, der am Tage des Abschlusses der Behandlung Gültigkeit hat.
Durchschrift dieses Formulars für Ihre Akten wird empfohlen.

	Krankenkassen, Ersatzkassen und Sonstige Kostenträger	Zahl der Fälle	EUR	Nur von der KZV LB auszufüllen		
				Abgerechn. Betrag		Bemerkungen
1						
2						
3						
4						
5						
6						
7						
8						
9						
10						
11						
12						
13						
14						
15						
Rückseite nicht beschriften!						Summe EUR

Erklärung:

Ich erkläre hiermit, die beiliegende Abrechnung für den o. g. Abrechnungsmonat nach den Bestimmungen des KZBV-VdAK/AEV-Vertrages sowie des Bundesmantelvertrages aufgestellt zu haben.
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 des Zahnarztes

Versenden Sie beim Versand den Briefumschlag bitte mit Ihrem Abrechnungsstempel und dem Hinweis „KB“.