

**Kassenzahnärztliche Vereinigung  
Land Brandenburg  
14469 Potsdam, Helene-Lange-Straße 4 – 5  
Postfach 600864, 14408 Potsdam**

**KCH-Abrechnung**

Quartal \_\_\_\_\_ Jahr \_\_\_\_\_

**Nur für Ersatzkassen**

**einzureichen  
zum 12. des  
1. Quartalmonats**

Abrechnungsstempel

	Kostenträger	Kassen-Nr.	Zahl der Fälle			Prüfvermerk der KZV LB
			M	F	R	
1	BARMER Ersatzkasse Ost	<b>0580002</b>				
	West					
2	Deutsche Angestellten-Krankenkasse Ost	<b>0567993</b>				
	West					
3	Techniker-Krankenkasse Ost	<b>0577508</b>				
	West					
4	Kaufmännische Krankenkasse Ost	<b>0575506</b>				
	West					
5	Hamburg-Münchener Ersatzkasse Ost	<b>0569995</b>				
	West					
6	Hanseatische Ersatzkasse Ost	<b>0571001</b>				
	West					
7	Handelskrankenkasse Ost	<b>0586805</b>				
	West					
8	Gärtner-Krankenkasse Ost	<b>0589409</b>				
	West					
9	Gmünder Ersatzkasse Ost	<b>0589682</b>				
	West					
10	Hamburgische Zimmerer-Krankenkasse Ost	<b>0589454</b>				
	West					
11	Buchdrucker-Krankenkasse Ost	<b>0589307</b>				
	West					
12	Krankenkasse-Eintracht Ost	<b>0589465</b>				
	West					
13	Brühler Ersatzkasse Ost	<b>4978011</b>				
	West					
						<b>Summe der Fälle</b>

**Zur Beachtung und Erklärung siehe Rückseite!**

**Zur Beachtung:** Bezüglich der kassenweisen Sortierung der Kranken-/Erfassungsscheine bitten wir um Beachtung:

- des Aufdruckes auf den Banderolen (M, F, R).

Wir empfehlen Ihnen, eine Kopie bzw. Durchschrift dieses Zusammenstellungsformulars für Ihre Akten anzufertigen.

**Erklärung des Zahnarztes:**

Ich erkläre hiermit, die beiliegende Abrechnung für das \_\_\_\_\_ Quartal \_\_\_\_\_ nach den Bestimmungen des KZBV-VdAK/AEV-Vertrages aufgestellt zu haben.

Ferner erkläre ich hiermit, dass zur Diskettenabrechnung für alle Behandlungsfälle mit Sonderabkommen (Versichertenstatus: 6, 7 und 8) originale Kranken-/Erfassungsscheine der Abrechnung beigelegt wurden.

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

Versehen Sie beim Versand den Briefumschlag bitte mit Ihrem Abrechnungsstempel und dem Hinweis „KCH“.