

**Kassenzahnärztliche Vereinigung**

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

**KCH-Abrechnung**

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

**Nur für Krankenkassen (keine Ersatzkassen)**  
**und Sonstige Kostenträger**

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

Abrechnungsstempel

	Kostenträger	Kassen-Nr.	Zahl der Fälle			Prüfvermerk der KZV LB
			M	F	R	
1	Ost					
	West					
2	Ost					
	West					
3	Ost					
	West					
4	Ost					
	West					
5	Ost					
	West					
6	Ost					
	West					
7	Ost					
	West					
8	Ost					
	West					
9	Ost					
	West					
10	Ost					
	West					
11	Ost					
	West					
12	Ost					
	West					
13	Ost					
	West					
14	Ost					
	West					
15	Ost					
	West					
16	Ost					
	West					
17	Ost					
	West					
						<b>Summe der Fälle</b>

**Zur Beachtung und Erklärung siehe Rückseite!**

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

- des Aufdruckes auf den Banderolen (M, F, R)
- der Eintragung in dieses Formular in folgender Reihenfolge:
  - AOK, LKK, BKK, IKK
  - Sonstige Kostenträger
  - Behandlungsscheine im Rahmen von Sonderabkommen (BEG, BVG bzw. KOV, Rheinschiffer, EG-Abkommen und zwischenstaatliche Abkommen)
  - Fremdkassen (Kassen außerhalb des Landes Brandenburg, auch See-Krankenkasse).

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

#### **Erklärung des Zahnarztes:**

Gegenüber den Krankenkassen, deren Landesverbänden, der KZV Land Brandenburg, den Sozialhilftägern und der Bundesknappschaft wird hiermit bestätigt, dass die abgerechneten Leistungen für das umseitig genannte Quartal von mir persönlich oder von einer unter meiner Aufsicht und Verantwortung tätigen Hilfsperson bzw. durch einen Assistenten oder Vertreter erbracht wurden, und dass die von mir eingereichte Abrechnung sachlich richtig ist.

Ferner erkläre ich hiermit, dass zur Diskettenabrechnung für alle Sonstigen Kostenträger (SOZ, POL, ZVD, BW, BGS, zwischenstaatl. Abkommen) originale Kranken-/Erfassungsscheine bzw. gültige Überweisungsscheine meinerseits unterschrieben 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 Abrechnungstempel und dem Hinweis „KCH“.