

Kieferorthopädische Abrechnung

**zum 10. des
1. Quartalsmonats**

Quartal _____ Jahr _____

Zur Beachtung: Bezüglich der kassenweisen Sortierung der KFO-Abrechnungsformulare bitten wir um Beachtung des Aufdruckes auf den Banderolen und Eintragung in dieses Formular (für jeden Kostenträger eine Zeile) in folgender Reihenfolge vorzunehmen.
Durchschrift dieses Formulars für Ihre Akten wird empfohlen.

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

Erklärung gemäß § 11 Abs. 2 Ersatzkassenvertrag:

Ich erkläre hiermit, die beiliegende Abrechnung für das o. g. Quartal nach den Bestimmungen des KZBV-VdAK/AEV-Vertrages 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

Versehen Sie beim Versand den Briefumschlag bitte mit Ihrem Abrechnungstempel und dem Hinweis „KFO“.