

**Kassenzahnärztliche Vereinigung**

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

**Kieferorthopädische Abrechnung**

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

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

**zum 10. des  
1. Quartalsmonats**

Abrechnungsstempel

**Zur Beachtung:** Bezüglich der kassenweisen Sortierung der KFO-Abrechnungsformulare bitten wir um Beachtung des Aufdruckes auf den Banderolen und die Eintragung in dieses Formular (für jeden Kostenträger eine Zeile) in folgender Reihenfolge vorzunehmen: AOK, LKK, BKK, IKK, sonstige Kostenträger und Fremdkassen (= Kassen außerhalb des Landes Brandenburg, auch See-Krankenkasse).  
Durchschrift dieses Formulars für Ihre Akten wird empfohlen.

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

Erklärung:

Gegenüber den Krankenkassen, deren Landesverbänden, der KZV LB, den Sonstigen Kostenträgern und der Bundesknappschaft wird hiermit bestätigt, dass die abgerechneten Leistungen für das o. g. 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. 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 „KFO“.