

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

Parodontoseabrechnung

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 PAR-Staten (nur Duplikat oder Kopie) mit der Kostenübernahmeerklärung des Kostenträgers, Angabe des Datums des Behandlungsabschlusses und den spezifizierten Material- und Laborkostenrechnungen einreichen. Bei Krankenkassen gilt jeweils der Punktwert, der am Tage des Abschlusses der Behandlung vereinbart ist. Bei Ersatzkassen ist, wenn sich während der Behandlung der Punktwert ändert, ein Mischpunktwert (alter Punktwert plus neuer Punktwert dividiert durch 2) anzusetzen. Hat die Ersatzkasse vor der Änderung des Punktwertes die Kostenübernahmeerklärung abgegeben und wurde mit der Behandlung erst nach Inkrafttreten des neuen Punktwertes begonnen, gilt für die Abrechnung der neue Punktwert. In diesen Fällen ist das Datum des Behandlungsbeginns auf dem PAR-Status einzutragen. 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