**Kassenzahnärztliche Vereinigung**
**Land Brandenburg**
**14469 Potsdam, Helene-Lange-Str. 4-5**

Abrechnungsstempel

Zusammenstellung für

# PARODONTOSE

**Blatt-Nr.____**

## SOFORT-AUSZAHLUNG

Abrechnungsmonat ...../20__ Gesamtfallzahl _____

Ich versichere hiermit, dass die in beiliegenden Abrechnungsunterlagen in Rechnung gestellten vertragszahnärztlichen Leistungen sowie Material- und Laboratoriumskosten entsprechend den vertraglichen Vereinbarungen zwischen Krankenkassen und der KZV Land Brandenburg erbracht und abgerechnet werden.
Bei EDV-Abrechnung:
Ich bestätige, dass durch entsprechende organisatorische und technische Maßnahmen eine Erfassung jeder einzelnen Leistung zur Abrechnung erst nach deren vollständiger Erbringung unter Beachtung des Grundsatzes der Notwendigkeit, Zweckmäßigkeit und Wirtschaftlichkeit erfolgt und dass die genehmigte Programmversion angewandt wurde.

| **Kostenträger** | **Patient** | | | **KZV-Vermerke** |
|---|---|---|---|---|
| | Name | Kassen-Zuschuss Euro | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| **Summe = Vorfinanzierungsbetrag** | | | | |

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