

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

Nur für Teilleistungen *

Abrechnungsstempel

**Zahnersatzabrechnung
Teilleistungen**

Die Abrechnung ist bis zum
10.
jeden Monats einzureichen.
Abrechnungen, die am 10. der
KZVLB nicht vorliegen,
können erst einen Monat
später bearbeitet werden.

Monat _____ Jahr _____

Zur Beachtung: Bitte Behandlungspläne mit Zuschussbewilligung des Kostenträgers und ggf. Material- und Laborkostenrechnung beifügen.

* Teilleistungen = nicht vollendete Leistungen

Bema-Auszug: Zu Nrn. 22, 94 a, 94 b und 99: Genehmigte Heil- und Kostenpläne, auf denen Teilleistungen (Nrn. 22, 94 a, 94 b, 99) und Leistungen nach den Nrn. 3 und 7 b ohne das Hinzutreten weiterer Leistungen abgerechnet werden, macht der Zahnarzt bei seiner Abrechnung besonders kenntlich. Soweit der Zahnarzt erklären kann, warum es nicht zur Vollendung der vorgesehenen Leistungen gekommen ist, vermerkt er dies auf dem Heil- und Kostenplan. Die KZV rechnet diese Heil- und Kostenpläne gesondert ab. Durchschrift dieses Formulars für Ihre Akten wird empfohlen.

	Krankenkassen, Ersatzkassen und Sonstige Kostenträger	Zahl der Fälle	Bewilligter Zuschuss EUR	Nur von der KZV LB auszufüllen		
				Abgerechn. Zuschuss		Bemerkungen
1						
2						
3						
4						
5						
6						
7						
8						
9						
10						
11						
12						
13						
14						
Rückseite nicht beschriften!						Summe EUR

Erklärung:

Die beigelegten Eigen- und Fremdatrechnungen entsprechen den geltenden Verträgen. Dieses bestätige ich hiermit nach Überprüfung.

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

Versenden Sie beim Versand den Briefumschlag bitte mit Ihrem Abrechnungsstempel und dem Hinweis „ZE“.