

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

Nur für BEK, DAK, AOK LB

Zahnersatzabrechnung

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 Behandlungspläne mit Zuschussbewilligung des Kostenträgers und Ihrer Eingliederungsbestätigung sowie Laborkostennachweis beifügen. Bei Änderung des Behandlungsplanes ist eine erneute Vorlage beim Kostenträger erforderlich. Für die Abrechnung gilt jeweils der am Tage der Ausstellung des Behandlungsplanes vereinbarte Punktwert. Das gilt auch für die im Behandlungsplan aufgeführten „nachträglichen Leistungen“. Die Eintragung in dieses Formular (für jeden Kostenträger eine Zeile) bitte in vorgegebener Reihenfolge vornehmen: BEK, DAK, AOK Brandenburg. Durchschrift dieses Formulars für Ihre Akten wird empfohlen.

	Kostenträger	Kassen-Nr.	Zahl der Fälle	Bewilligter Zuschuss EUR	Nur von der KZV LB auszufüllen			
					Abgerechn. Zuschuss		Bemerkungen	
1	Barmer Ersatzkasse	05-8000-2						
2	Deutsche Angestellten-Krankenkasse	05-6799-3						
3	AOK für das Land Brandenburg	06-9601-2						
Rückseite nicht beschriften!								Summe EUR

Erklärung:

Die beigelegten Eigen- und Fremdadrechnungen 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“.