

**Für Ersatzkassen,
IKK Brandenburg,
Krankenkassen und Sonstige
Kostenträger
NICHT: BEK, DAK, AOK LB**

Abrechnungstempel

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

Zusammenstellung für

ZAHNERSATZ

Blatt-Nr. ____

SOFORT-AUSZAHLUNG

Abrechnungsmonat/200__ 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 EUR	
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