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

Abrechnungsstempel

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

Zusammenstellung für

ZAHNERSATZ

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 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