

KZV Rheinland-Pfalz

Monat _____

K
B
R

Ich versichere hiermit, dass die in den beiliegenden Abrechnungsunterlagen in Rechnung gestellten zahnärztlichen Leistungen von mir persönlich oder durch eine unter meiner Aufsicht und Verantwortung tätige Hilfsperson bzw. durch Vertreter entsprechend den vertraglichen Vereinbarungen erbracht und sachlich richtig abgerechnet wurden. Die Material- und Laborkosten wurden sachlich und rechnerisch geprüft. Sie sind in der tatsächlich entstandenen Höhe berechnet und nachgewiesen.

Abrechnungsstempel

Unterschrift Zahnarzt

Lfd. Nr.	Reihenfolge der Kassenart: AOK/BKK/IKK/LKK/EK/ Sonstige	Name, Vorname Patient	Bemerkungen von KZV	
01				
02				
03				
04				
05				
06				
07				
08				
09				
10				
11				
12				
13				
14				
15				
16				
17				
18				
19				
20				
21				
22				
23				
24				
25				
26				
27				
28				
29				
30				
			Fälle Gesamt	