KZV Rheinland-Pfalz

Quartal ______________

K C H

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.

Praxisstempel

____
Unterschrift Zahnarzt

Wichtiger Hinweis!
Die Abrechnungsscheine bitte nach dieser Zusammenstellung sortieren!!

Zusammenstellung der Abrechnungsfälle				
Kasse	Anzahl Fälle			Anmerkung KZV
	M	F	R	

Fälle zurück	
Fälle abgerechnet	