KZV Rheinland-Pfalz

Quartal _____

K F O

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.

Praxisstempel

_____
Unterschrift Zahnarzt

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

Zusammenstellung der Abrechnungsfälle

Reihenfolge nach Kassenart	Anzahl Fälle	Anmerkung KZV