



KZV Berlin
Georg-Wilhelm-Str. 16
10711 Berlin

KZV-Abrechnungstempel

Bitte jeweils nur eine Abrechnungsart verwenden (Zutreffendes bitte ankreuzen)

KB KFO KCH PAR ZE

Hiermit erkläre(n) ich/wir, dass die Abrechnungsdiskette für das _____ / _____ Quartal
den _____ / _____ Monat

unter folgenden Voraussetzungen erstellt wurde:

1. Einsatz der für die vertragszahnärztliche Abrechnung genehmigten Programmversion.
2. Einlesen und Abgleich der aktuellen Version des BKV mit dem Kassenstamm der Praxis.
3. Die eingereichte Fallzahlübersicht und die Abrechnungsdiskette sind aus dem gleichen Abrechnungslauf.

Mir/uns ist bekannt, dass die KZV Berlin nicht verpflichtet ist, die Einhaltung der vorstehenden Voraussetzungen zu überprüfen.

Abrechnungsdifferenzen, die sich aus der Nichtbeachtung der vorstehenden Voraussetzungen oder aus programmtechnischen Mängeln ergeben, gehen nicht zu Lasten der KZV Berlin.

Wird diese Erklärung für eine Berufsausübungsgemeinschaft nur von einem ihrer Mitglieder unterschrieben, so versichert dieses Mitglied insoweit seine Alleinvertretungsvollmacht.

Datum

Unterschrift der Zahnärztin/des Zahnarztes