

ABE-Nummer / Stempel der Praxis

**ABZeg
Kaflerstraße 4
81241 München**

Im Auftrag der Kassenzahnärztlichen Vereinigung Bayerns erhalten Sie:

Abrechnung KFO _____
Abrechnungsquartal

Einreichungsart

Papierabrechner-
manuell oder EDV

DTA

Fälle

Fremdkassen
incl. außerbayerische Sonstige Kostenträger _____

Primärkassen _____

Ersatzkassen _____

Auftragsgeschäft bayerischer Kassen
und bayerische Sonstige Kostenträger _____

Summe Fälle _____

Ich erkläre hiermit, die beiliegende Abrechnung gemäß den vertraglichen Bestimmungen zwischen der KZVB und den Landesverbänden der Bayerischen Krankenkassen erstellt zu haben.

Ich bestätige, dass eine von der KZBV zugelassene Programmversion eingesetzt wurde (Bitte ankreuzen, falls zutreffend)

_____, den _____

Unterschrift der Zahnärztin / des Zahnarztes