

Kassenzahnärztliche Vereinigung Bayerns  
Geschäftsbereich Abrechnung und Honorarverteilung  
Fallstraße 34  
81369 München

Praxisstempel mit ABE-Nummer

Abrechnung KCH \_\_\_\_\_  
Abrechnungsquartal

### Einreichungsart

Papierabrechner-  
manuell oder EDV

DTA

Fälle

Fremdkassen  
inkl. 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. Des Weiteren bestätige ich, dass es sich nicht um Leistungen handelt, die im Rahmen einer belegärztlichen Tätigkeit erbracht wurden.

Ich bestätige, dass die genehmigte Programmversion eingesetzt wurde (Bitte ankreuzen, falls zutreffend).

\_\_\_\_\_, den \_\_\_\_\_  
Unterschrift Zahnärztin / Zahnarzte