



Kassenzahnärztliche Vereinigung Bayerns (KZVB)
DEC-Hotline
Postfach 70 10 68
81310 München

Tel.: 089/72401-101

Meldung über das verwendete Abrechnungsprogramm

Ich/wir beantrage(n) die Genehmigung zur Verwendung des nachfolgend spezifizierten Abrechnungsprogramms gemäß Anlage 1 zum Bundesmantelvertrag – Zahnärzte (BMV-Z).

1. Softwarebezeichnung

1.1 Name des Herstellers: _____

1.2 Programmname: _____

1.3 Programmstandskennzeichen (wenn bekannt): _____

2. Das Programm wird für die Abrechnung folgender Leistungsbereiche verwendet:

Konservierende und chirurgische Leistungen

Kieferbruch

Kieferorthopädie

PAR-Behandlungen

Zahnersatz

<input type="checkbox"/>	*
<input type="checkbox"/>	*
<input type="checkbox"/>	*
<input type="checkbox"/>	*
<input type="checkbox"/>	*

* Zutreffendes bitte ankreuzen

3. Einsatz des Programms ab Quartal ___/___

Ort/Datum

Unterschrift des Zahnarztes

ABE-Stempel