

# KZV Rheinland-Pfalz

Monat \_\_\_\_\_

**P  
A  
R**

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.

Abrechnungstempel

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Zahnarzt

Lfd. Nr.	Reihenfolge der Kassenart: AOK/BKK/IKK/LKK/EK/ Sonstige	Name, Vorname Patient	Bemerkungen von KZV
01			
02			
03			
04			
05			
06			
07			
08			
09			
10			
11			
12			
13			
14			
15			
16			
17			
18			
19			
20			
21			
22			
23			
24			
25			
26			
27			
28			
29			
30			
			Fälle Gesamt