

Dezernat VIII.2
- Knappschaftszahnärzte -
44781 Bochum

Fax: 0234 304-87268

Kn- ZA. -Nr.:

Abrechnungsstempel:

Erklärung

zur Abrechnung konservierend-chirurgischer Behandlung

____. Quartal _____

1. Ich bestätige hiermit, dass die abgerechneten Leistungen für das o. a. Quartal von mir persönlich oder von einer unter meiner Aufsicht und Verantwortung tätigen Hilfsperson bzw. durch einen Assistenten oder Vertreter erbracht wurden und die von mir eingereichte Abrechnung sachlich richtig ist. Soweit zahntechnische Leistungen gewerblicher Zahntechniker in Rechnung gestellt wurden, sind die Kosten in der angegebenen Höhe angefallen.
2. Ich bestätige hiermit, dass durch entsprechende organisatorische und technische Maßnahmen eine Erfassung jeder einzelnen Leistung zur Abrechnung erst nach deren vollständigen Erbringung unter Beachtung des Grundsatzes von Notwendigkeit und Wirtschaftlichkeit erfolgt und die genehmigte Programmversion angewendet wurde.

Die Anzahl der zur Abrechnung anstehenden Fälle beträgt: _____

Eingesetztes Programm/Version: _____

Programmersteller: _____

.....
(Ort, Datum)

.....
(Unterschrift und Stempel des Knappschaftszahnarztes)