

**KNAPPSCHAFT**  
**Fachteam Abrechnung für Knappschaftsärzte**  
**Knappschaftstr. 1**  
**44799 Bochum**

**Fax: 0234 304-19395**

**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)