

## Begleitzettel zur KFO-Diskettenabrechnung

Kassenzahnärztliche Vereinigung  
Saarland  
Postfach 10 16 61  
66016 Saarbrücken

Abrechnungstempel

Abrechnungsquartal:     /     \_\_\_\_\_

**Gesamtfallzahl:**                         

davon Sonstige Kostenträger:     \_\_\_\_\_

### Erklärung zur Abrechnung

Ich erkläre hiermit, die beiliegende Abrechnung nach den jeweils für die einzelne Kassengruppe geltenden Vertragsbestimmungen aufgestellt zu haben.

\_\_\_\_\_  
Ort und Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des Zahnarztes