ERFASSUNGSBOGEN FÜR NACH § 95d SGB V ANZUERKENNENDEN FORTBILDUNGEN

KASSENZAHNÄRZTLICHE VEREINIGUNG BERLIN

KZV Berlin
Abt. Zulassung
Georg-Wilhelm-Str. 16
10711 Berlin

Fax: 030 89004-46353

KZV-Abrechnungsstempel

Für Praxen mit mehreren Behandlern, Name des Zahnarztes:

Nachweis für die KZV Berlin

Hiermit erkläre ich, dass nach den Angaben der Veranstalter die nachfolgenden aufgeführten Fortbildungsveranstaltungen den Leitsätzen und Empfehlungen der BZÄK und dem Beschluss der KZBV vom 13.02.2004 einschließlich den Punktebewertungsempfehlungen des Beirats Fortbildung der BZÄK und DGZMK in der aktuellen Fassung entsprechen.

Datum	Bezeichnung der Fortbildung	Name des Veranstalters	Punkte
	Selbststudium Fachliteratur (max. 10 Punkte pro Jahr)		
		Summe	

KASSENZAHNÄRZTLICHE VEREINIGUNG BERLIN

Datum	Bezeichnung der Fortbildung	Name des Veranstalters	Übertrag Punkte
		Gesamtsumme	

Die Veranstaltungen wurden persönlich besucht und die Punktzahl entsprechend den Angaben der Veranstalter eingetragen. Auf Verlangen werde ich der KZV Berlin die Teilnahmenachweise im Original vorlegen.

Datum

Unterschrift der Vertragszahnärztin/des Vertragszahnarztes/
der angestellten Zahnärztin/des angestellten Zahnarztes