



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

Fax: 030 89004-46353

KZV-Abrechnungstempel

Für den kieferorthopädischen Notdienst am \_\_\_\_\_ melde ich folgende Patientenanzahl:

Zeit	Kassenpatienten (Strichliste)	Summe (als Zahl)
10–14 Uhr		

Bemerkungen zum Notdienst:

---



---



---

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Zahnärztin/Zahnarzt