



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

Fax: 030 89004-46353

KZV-Abrechnungstempel

Für den Notdienst am _____ melde ich folgende Patientenzahl:

Zeit	Kassenpatienten (Strichliste)	Summe (als Zahl)
9–10 Uhr		
10–11 Uhr		
11–12 Uhr		
Gesamt:		

15–16 Uhr		
16–17 Uhr		
17–18 Uhr		
Gesamt:		

Bemerkungen zum Notdienst:

Datum

Unterschrift Zahnärztin/Zahnarzt