

MITTEILUNG PRAXISDATEN
VERÖFFENTLICHUNG IM INTERNET
INFORMATIONEN PER E-MAIL



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

Fax: 030 89004-46353

KZV-Abrechnungsstempel

Telefon-Nummer der Praxis*

Fax-Nummer der Praxis

E-Mail-Adresse der Praxis (keine Umlaute!)

Mitglieder-Rundschreiben und Bundeseinheitliches Kassenverzeichnis (BKV)

Wir informieren Sie über neue Rundschreiben und das aktuelle BKV per E-Mail an alle uns bekannten persönlichen E-Mail-Adressen. Sie haben die Möglichkeit, sich die Informationen zusätzlich an weitere E-Mail-Adressen senden zu lassen:

Zusätzliche E-Mail-Adresse (keine Umlaute!)

Sprechstunden Ihrer Praxis*:

Montag	_____	_____
Dienstag	_____	_____
Mittwoch	_____	_____
Donnerstag	_____	_____
Freitag	_____	_____
Sonabend	_____	_____
Sonntag	_____	_____

www.
Praxis-Homepage*

Fremdsprachen in Ihrer Praxis*

Amalgamfüllungen*

Wir bieten Amalgamfüllungen an und sind mit der Veröffentlichung dieser Information einverstanden.

Flüchtlinge und Migranten*

In der Praxis erfolgt die Behandlung von Flüchtlingen und Migranten.

Datum

Unterschrift Vertragszahnarzt/ärztin

*Diese Informationen werden in der Zahnarztsuche der KZV Berlin (www.kzv-berlin.de/zahnarztsuche) veröffentlicht und können im Serviceportal der KZV Berlin unter www.kzv-berlin.de/serviceportal von Ihnen gepflegt werden.