

ERKLÄRUNG ÜBER DIE DURCHFÜHRUNG VON
FORTBILDUNGSVERANSTALTUNGEN GEM. § 95d SGB V
(VERANSTALTUNGSORT BERLIN)



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

Telefon: 030 89004-119
Fax: 030 89004-46353
E-Mail: zulassung@kzv-berlin.de

Angaben zum Veranstalter der Fortbildung

Name: _____
Adresse: _____
Telefonnummer: _____

Angaben zur Fortbildungsveranstaltung

Thema: _____
Name des Referenten: _____
Veranstaltungsort: _____
Veranstaltungstermine: _____
Zielgruppe: _____
Veranstaltungsdauer: _____ Fortbildungsstunden á 45 Minuten

Fortbildungsberechnung

1 Punkt pro Fortbildungsstunde (max. 8 Punkte pro Tag) _____ Punkte
Zusatzpunkte für praktische Übungen (z.B.: hands-on, Arbeit am Patienten
oder am Phantom; 1 Pkt. pro Halbtage) _____ Punkte
Zusatzpunkte für schriftliche Lernerfolgskontrolle (1 Pkt. pro Veranstaltung) _____ Punkte
Gesamtzahl der Fortbildungspunkte, die vom Veranstalter auf der Grundlage der
Punktbewertung von BZÄK/DGZMK vergeben werden: _____ Punkte

Hiermit erkläre ich, dass die Veranstaltung den aktuellen Leitsätzen zur zahnärztlichen Fortbildung von KZBV,
BZÄK und DGZMK und den Punktbewertungsempfehlungen des Beirats Fortbildung der BZÄK und DGZMK in der
aktuellen Fassung entspricht.

Datum

Unterschrift des Veranstalters