



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

zulassung@kzv-berlin.de
Fax: 030 89004-46353

KZV-Abrechnungsstempel

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