

Zurück an:

KZV Land Brandenburg
Abt. Abrechnung
Helene-Lange-Str. 4 - 5
14469 Potsdam

Teilnahmeerklärung des Vertragszahnarztes/der Vertragszahnärztin

Zahnarzt/Zahnärztin

Titel, Name, Vorname

Straße, PLZ, Ort

Abrechnungsnummer

Zahnarztstempel

Hiermit erkläre ich meine Teilnahme an der **Vereinbarung** zwischen der AOK Nordost – Die Gesundheitskasse und der KZV Land Brandenburg **über die zusätzliche Vergütung für die zahnärztliche Behandlung von Patienten, die wegen Art und Schwere ihrer geistigen, körperlichen und seelischen Beeinträchtigungen unter Narkose behandelt werden müssen.**

Ort, Datum

Unterschrift