KZV LAND BRANDENBURG
ABT. ZULASSUNG/REGISTER
HELENE-LANGE-STR. 4-5
14469 POTSDAM

STEMPEL BZW. ABSENDER

Fortbildungsnachweis für fachliche Fortbildungen gemäß § 95 d SGB V Nachweis für die KZV Land Brandenburg

Hiermit erkläre ich, dass nach den Angaben der Veranstalter die nachfolgend aufgeführten Fortbildungsveranstaltungen den Leitsätzen und Empfehlungen der BZÄK und den Beschlüssen der KZBV einschließlich der Punktebewertungsempfehlung des Beirates Fortbildung der BZÄK und DGZMK in der jeweils gültigen Fassung entsprechen.

Datum	Beschreibung der Fortbildungsveranstaltung	Punkte
	Übertrag auf Folgeblatt Nr. Gesamtpunktzahl:	

Die Veranstaltungen wurden persönlich besucht und die Punktezahl entsprechend der Angaben auf den Zertifikaten eingetragen.
Ich versichere durch meine Unterschrift die Richtigkeit der vorstehenden Angaben.

Ort/Datum

Unterschrift Zahnarzt

Folgeblatt Nr.: _____

STEMPEL BZW. ABSENDER

Fortbildungsnachweis für fachliche Fortbildungen gemäß § 95 d SGB V Nachweis für die KZV Land Brandenburg

Hiermit erkläre ich, dass nach den Angaben der Veranstalter die nachfolgend aufgeführten Fortbildungsveranstaltungen den Leitsätzen und Empfehlungen der BZÄK und den Beschlüssen der KZBV einschließlich der Punktebewertungsempfehlung des Beirates Fortbildung der BZÄK und DGZMK in der jeweils gültigen Fassung entsprechen.

Datum	Beschreibung der Fortbildungsveranstaltung	Punkte
	Übertrag:	
	Übertrag auf Folgeblatt Nr. Gesamtpunktzahl:	

Die Veranstaltungen wurden persönlich besucht und die Punktezahl entsprechend der Angaben auf den Zertifikaten eingetragen.
Ich versichere durch meine Unterschrift die Richtigkeit der vorstehenden Angaben.

_____ _____

Ort/Datum Unterschrift Zahnarzt