

KZV Land Brandenburg  
An den Vorstand  
PF 60 08 64  
14408 Potsdam

**Meldebogen zum Beitritt zur Innovationsvereinbarung**  
**gemäß § 73 c Abs. 3 Nr. 4 SGB V**  
**- IV13 -**

Patient/in

\_\_\_\_\_

Name, Vorname

\_\_\_\_\_

Straße, PLZ, Ort

Hiermit erkläre ich, dass ich mit o. g. Patienten/Patientin eine Vereinbarung über den Beitritt zur Innovationsvereinbarung gemäß § 73 c Abs. 3 Nr. 4 SGB V - IV13 - zwischen der KZVLB und der AOK Nordost – Die Gesundheitskasse abgeschlossen habe.

Zahnarzt/Zahnärztin

\_\_\_\_\_

Name, Vorname

\_\_\_\_\_

Straße, PLZ, Ort

\_\_\_\_\_

Ort, Datum, Unterschrift des/der Zahnarztes/Zahnärztin

\_\_\_\_\_

Abrechnungsnummer