

Kassenzahnärztlichen Vereinigung Sachsen
Schützenhöhe 11
01099 Dresden

Geschäftsbereich Qualität
Telefon 0351 8053-600
qualitaet@kzv-sachsen.de

| |
|-----------------|
| Eingangsstempel |
|-----------------|

Antrag auf Fristverlängerung für den Nachweis der Fortbildungsverpflichtung nach § 95d SGB V um anerkennungsfähige Fehlzeiten

1. Antragsteller

Abrechnungsnummer:

Titel, Vorname, Name

Praxisanschrift:

Wohnanschrift:

- Vertragszahnarzt
- Angestellter Zahnarzt
- ermächtigter Zahnarzt

2. Grund und Zeitraum der Unterbrechung

Unterbrechung **länger als drei Monate** in Folge wegen:

| | Datum von | Datum bis |
|--|-----------|-----------|
| <input type="checkbox"/> Erkrankung | | |
| <input type="checkbox"/> Elternzeit | | |
| <input type="checkbox"/> Auslandseinsatz | | |
| <input type="checkbox"/> Weiterbildung | | |
| <input type="checkbox"/> Sonstiges (nähere Beschreibung) | | |

Ein entsprechender Nachweis für die Unterbrechung ist beizufügen.

.....
Datum / Ort

.....
Unterschrift Antragsteller

Hinweis: Bei personenbezogenen Bezeichnungen wurde aus Gründen der besseren Lesbarkeit die männliche Bezeichnung gewählt.