

Anlage 1: Berichtsbogen (Vertragszahnärzte an KZV)

Koordinations- und Kooperationsleistungen  
in stationären Pflegeeinrichtungen  
nach § 119b Abs. 1 SGB V

Abr.-Nr. Kooperationszahnarzt: \_\_\_\_\_

Pflegeeinrichtung (Name, Ort):

Vertragsnummer des  
Kooperationsvertrages: \_\_\_\_\_

Berichtsjahr: \_\_\_\_\_

Anzahl der vom Kooperationszahnarzt  
betreuten Versicherten  
zum Stichtag 30. Juni des Berichtsjahres  
bzw. einmalig zu Beginn  
des Kooperationsvertrages: \_\_\_\_\_

Ort, Datum, Unterschrift des Zahnarztes \_\_\_\_\_