

**Zusammenstellungsformular (Deckblatt)**

**Fortbildungsnachweis für fachliche Fortbildungen gemäß § 95 d SGB V - Nachweis für die KZV Sachsen**

**Titel Vorname Name:**

**für den Berechnungszeitraum vom:**

**bis:**

**Gesamtpunktzahl:**

--

Ich erkläre, dass die von mir besuchten Veranstaltungen den Leitsätzen der Bundeszahnärztekammer (BZÄK), der Deutschen Gesellschaft für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde (DGZMK) und der Kassenzahnärztlichen Bundesvereinigung (KZBV) zur zahnärztlichen Fortbildung entsprechen.

Mit meiner Unterschrift bestätige ich die Richtigkeit der Angaben.

Abrechnungstempel

\_\_\_\_\_  
Datum und Unterschrift







