Abr.-Nr./Praxisstempel

KZV Sachsen
Justitiariat
Schützenhöhe 11
01099 Dresden

Fax: 0351 8053-607
rechtsabteilung@kzv-sachsen.de

Anzeige über den Abschluss eines Kooperationsvertrages nach § 119b Abs. 1 SGB V

Mit folgender stationären Pflegeeinrichtung wurde ein Kooperationsvertrag geschlossen:

_____
Name der stationären Pflegeeinrichtung

_____
Adresse der stationären Pflegeeinrichtung

_____
Institutionskennzeichen (IKZ) der stationären Pflegeeinrichtung (neunstellig)

Der Vertrag beginnt am _____

Er ist für

- unbestimmte Zeit geschlossen ☐

oder

- endet am _____

Der Kooperationsvertrag ist dieser Anzeige in Kopie beizufügen.

Ich bestätige mit meiner Unterschrift, dass der Vertragsabschluss in Kenntnis der Vereinbarung nach § 119b Abs. 2 SGB V über die Anforderungen an eine kooperative und koordinierte zahnärztliche und pflegerische Versorgung von pflegebedürftigen Versicherten in stationären Pflegeeinrichtungen (Rahmenvereinbarung kooperative und koordinierte zahnärztliche und pflegerische Versorgung von stationär Pflegebedürftigen) nebst Anlagen und deren Geltung geschlossen worden ist.

Mir ist bekannt, dass ich die KZV Sachsen informieren muss, wenn sich Veränderungen im Vertrag ergeben oder dieser endet.

_____ _____
Ort / Datum Unterschrift der Vertragszahnärztin/ des Vertragszahnarztes

Zurück