

Kassenzahnärztliche Vereinigung
Niedersachsen
Postfach 81 03 64

30503 Hannover

(Abrechnungsstempel)

E R F A S S U N G S B O G E N
für nach § 95d SGB V anzuerkennende Fortbildungen

von _____
Vorname, Name des Fortbildungsverpflichteten
in Druckbuchstaben

Hiermit erkläre ich, dass nach den Angaben der Veranstalter die nachfolgend aufgeführten Fortbildungsveranstaltungen den Leitsätzen und Empfehlungen der BZÄK, DGZMK und KZBV einschließlich der Punktebewertungsempfehlung der BZÄK und DGZMK in den jeweils aktuellen Fassungen entsprechen.

(Ein Übertrag der Punkte aus dem vorherigen Zeitraum bzw. in den nachfolgenden Zeitraum ist nicht möglich.)

Datum bei mehrtägigen Veranstaltungen „von – bis“ Angabe	Fortbildungsveranstaltung genaue Bezeichnung der Veranstaltung/ Thema der ZM- Online-Fortbildung	Punkte max. 10 Pkt. pro Tag/ max. 9 Pkt./Tag bei mehrtägigen Veranstaltungen
-	Selbststudium- Lesen von Fachliteratur (max. 50 Pkt. = 10 Pkt./ Fortbildungsjahr)	

