

Bitte per E-Mail an:  
fortbildungsnachweis@kzvnr.de

Oder postalisch:  
KZV Nordrhein  
40181 Düsseldorf

## Meldebogen über die fachliche Fortbildung gemäß § 95 d SGB V

Name   
der Vertragszahnärztin / des Vertragszahnarztes \*Pflichtfeld

Sollte der Fortbildungsnachweis für die angestellte Zahnärztin bzw. den angestellten Zahnarzt gelten, bitte hier zusätzlich ausfüllen:

Name   
der angestellten Zahnärztin / des angestellten Zahnarztes

Hiermit erkläre ich, dass nach den Angaben der Veranstalter die nachfolgend aufgeführten Fortbildungsveranstaltungen den Leitsätzen und Empfehlungen der BZÄK und den Beschlüssen der KZBV einschließlich der Punktebewertungsempfehlung des Beirates Fortbildung der BZÄK und DGZMK in der jeweils gültigen Fassung entsprechen. Die Veranstaltungen wurden persönlich besucht und die Fortbildungspunkte (mindestens 125 Punkte) entsprechend der Angaben auf den Zertifikaten eingetragen. Diese Zertifikate sind nach Abschluss des Fünfjahreszeitraums noch mindestens ein Jahr aufzubewahren.

Datum	Beschreibung der Fortbildung	Veranstalter	Punktzahl
	Selbststudium durch Fachliteratur (10 Punkte pro Jahr)		50
Gesamtpunktzahl / Übertrag auf Seite 2			

\*Verwenden Sie bei Bedarf zwei Zeilen falls die Beschreibung für eine Zeile zu lang ist

