



# Nachweisbogen

Kassenzahnärztliche Vereinigung Hessen  
Körperschaft des öffentlichen Rechts

**für nach § 95d SGB V anzuerkennende Fortbildungen**



Kassenzahnärztliche Vereinigung Hessen  
- Vertragszahnärztliche Fortbildung -  
Lyoner Str. 21  
60528 Frankfurt

(Abrechnungstempel)

**Bitte in Druckbuchstaben ausfüllen**

**Bei Berufsausübungsgemeinschaft: Zahnärztin / Zahnarzt**

Ich bitte um Anerkennung des bis zum 30.06.2009 geforderten Fortbildungsnachweises.  
Den notwendigen Umfang belege ich durch die beigefügte Kopie des Fortbildungssiegels  
der Landes Zahnärztekammer Hessen.

**Zusatzerklärung:**

In der Zeit ab 2004 bis zum Ausstellungsdatum der Urkunde wurden mindestens  
125 Punkte erbracht.

Ich versichere durch meine  
Unterschrift die Richtigkeit  
der vorstehenden Angaben.

\_\_\_\_\_ Datum

\_\_\_\_\_ Unterschrift  
der Vertragszahnärztin / des Vertragszahnarztes