

Erklärung an die Zahnärztekammer Sachsen-Anhalt über die Durchführung von Fortbildungsveranstaltungen in Sachsen-Anhalt gem. § 95 d SGB V

Zahnärztekammer Sachsen-Anhalt
Herr Florian Wiedmann
Große Diesdorfer Str. 162
39110 Magdeburg

E-Mail: wiedmann@zahnaerztekammer-sah.de

Bitte digital oder schriftlich in Blockbuchstaben ausfüllen und dieser Erklärung die Kursausschreibung oder das Programm der Fortbildung beifügen, gerne auch als Link (wenn vorhanden).

Name des Veranstalters / Fortbildungsanbieter
Adresse
Ansprechperson mit Email und/oder Telefonnummer
Titel/Thema der Veranstaltung
Name des Referierenden, Unternehmen, Praxis
Veranstaltungsort mit vollständiger Adresse
Veranstaltungstermin Datum: _____ Uhrzeit Von – Bis: _____ Veranstaltungsdauer: _____ (Fortbildungsstunden á 45 Minuten)
Beschreibung der Veranstaltung Anteil fachlicher Vortrag in Fortbildungsstunden (á 45 Minuten): _____ Anteil Produktschulung/Produktanwendung (á 45 Minuten): _____ Hands-on, praktische Arbeiten <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, Anzahl der Punkte: _____ (max. 1 Fortbildungspunkt pro Halbtage) Lernerfolgskontrolle <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja (max. 1 Fortbildungspunkt pro Veranstaltung)
Anzahl der Fortbildungspunkte, die vom Veranstalter auf der Grundlage der Punktebewertung von BZÄK und DGZMK vergeben werden: _____

**Für die Kenntnisnahme müssen alle Felder vollständig ausgefüllt sein.
Eine nachträgliche Punktevergabe ist nicht möglich.**

Hiermit erkläre ich, dass die Veranstaltung/der Kurs den aktuellen Leitsätzen zur zahnärztlichen Fortbildung von KZBV, BZÄK und DGZMK und der Punktebewertung von Fortbildungen von BZÄK und DGZMK entspricht und dementsprechend ausgewiesen wird (in Ankündigungen, Teilnahmebestätigen etc.)

Datum

Unterschrift / ggf. Stempel