

**Erklärung über die Durchführung von Fortbildungsveranstaltungen
in Sachsen-Anhalt gem. § 95 d SBG V**



Zahnärztekammer Sachsen-Anhalt
Frau Meyer
Große Diesdorfer Str. 162
39110 Magdeburg

Fax: 0391 7393920

Kontaktdaten des Veranstalters:
(Name, Adresse, Tele.-Nr.)

Titel u. Name des Referenten

Titel/Thema der Veranstaltung

Veranstaltungsort

Veranstaltungsdatum u. -zeit

Veranstaltungsdauer

(Fortbildungsstunden á 45 Minuten)

Hands-on-Übungen

nein ja, Anzahl der Punkte _____

Lernerfolgskontrolle

nein ja, Anzahl der Punkte _____

Gemäß den Leitsätzen der BZÄK und DGZMK zur zahnärztlichen Fortbildung wird diese Veranstaltung mit insgesamt _____ Fortbildungspunkten bewertet.

Hiermit erkläre ich, dass die Veranstaltung 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