

Erklärung 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

Fax: 0391 73939-20

E-Mail: wiedmann@zahnaerztekammer-sah.de

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
(max. 1 Fortbildungspunkt
pro Halbtage)

nein ja, Anzahl der Punkte _____

Lernerfolgskontrolle
(max. 1 Fortbildungspunkt
pro Veranstaltung)

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