

# Information über die Durchführung einer Fortbildungsveranstaltung gem. § 95 d SGB V



E-Mail: [fortbildung@kzvb.de](mailto:fortbildung@kzvb.de)

Fax-Nummer: 089 / 72401 493

Name des Anbieters/Veranstalters:

---

Ansprechpartner/Telefonnummer:

---

Adresse:

---

---

Name/Titel des Referenten:

---

Thema/Titel der Veranstaltung:

---

---

---

---

Veranstaltungsort, Adresse:

---

---

Veranstaltungstermin:

Veranstaltungsdauer in Stunden:  
(nur Fortbildungszeiten)

---

---

Fortbildung **mit aktiver Beteiligung** der Teilnehmer  
**Praktische Übungen:**  
(Hands-on, Arbeit am Patienten oder Phantom)

ja

nein

**Halbtags**veranstaltung

**Ganztags**veranstaltung

1 Zusatzpunkt für **schriftliche Lernerfolgskontrolle**

ja

nein

**Zahl der Fortbildungspunkte**, die vom Veranstalter auf der Grundlage der Punktebewertung von BZÄK/DGZMK vergeben werden:

Hiermit erkläre ich, dass die Veranstaltung den aktuellen Leitsätzen und Empfehlungen der BZÄK, DGZMK und der KZBV einschließlich der gemeinsamen Punktebewertungsempfehlung des Beirates Fortbildung der BZÄK und der DGZMK entspricht.

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Stempel/Unterschrift

Bitte beachten Sie: **Sollten Sie 10 Tage nach Zusendung keine Antwort von uns erhalten, können Sie davon ausgehen, dass die Fortbildungspunkte vergeben werden können. Sie erhalten keine gesonderte Punktebestätigung.**