

Anlage 1: Berichtsbogen (Vertragszahnärzte an KZV)

Koordinations- und Kooperationsleistungen
in stationären Pflegeeinrichtungen
nach § 119b Abs. 1 SGB V

Abr.-Nr. Kooperationszahnarzt: _____

Pflegeeinrichtung (Name, Ort): _____

Berichtsjahr: _____

Anzahl der vom Kooperationszahnarzt
betreuten Versicherten zum Stichtag
30. Juni des Berichtsjahres
bzw. einmalig zu Beginn
des Kooperationsvertrages _____

Ort, Datum _____

Unterschrift (Zahnarzt) _____