Kassenzahnärztliche Vereinigung Saarland

Postfach 10 16 61

66016 Saarbrücken

Anlage 1: Berichtsbogen (Vertragszahnärzte an KZVS)

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

Abrechnungsnummer Kooperationszahnarzt: _____

Pflegeeinrichtung: Name _____

Ort _____

IK _____

Berichtsjahr **2024**

**Anzahl der vom Kooperationszahnarzt betreuten Versicherten zum Stichtag 30. Juni 2024 bzw. einmalig zu Beginn des Kooperationsvertrages** _____

_____ _____

Ort, Datum Unterschrift Zahnarzt

Abrechnungsstempel des Zahnarztes: