

BESTÄTIGUNGSSCHREIBEN ÜBER DEN
KOOPERATIONSVERTRAG NACH § 119b ABS. 1 SGB V



KZV Berlin
Abt. Vertragswesen
Georg-Wilhelm-Str. 16
10711 Berlin

KZV-Abrechnungstempel

Name des Vertragszahnarztes oder ggf. Name der BAG/ÜBAG/KÜBAG

Name der stationären Pflegeeinrichtung

Adresse der stationären Pflegeeinrichtung

Institutionskennzeichen der stationären Pflegeeinrichtung (neunstellig)

Kooperationsdauer vom _____ bis (ggf.) zum _____

Der Kooperationsvertrag ist diesem Bestätigungsschreiben in Kopie beizufügen.

Ich bestätige mit meiner Unterschrift, dass der Vertragsschluss in Kenntnis der Vereinbarung nach § 119b Abs. 2 SGB V über die Anforderungen an eine kooperative und koordinierte zahnärztliche und pflegerische Versorgung von pflegebedürftigen Versicherten in stationären Pflegeeinrichtungen (Rahmenvereinbarung kooperative und koordinierte zahnärztliche und pflegerische Versorgung von stationär Pflegebedürftigen) nebst Anlagen und deren Geltung geschlossen worden ist.

Ort, Datum

Unterschrift der Vertragszahnärztin/
des Vertragszahnarztes

Dieses Formular finden Sie auch auf unserer Internetseite unter www.kzv-berlin.de/formulare

Interne Verarbeitungsvermerke der KZV Berlin:

| | | |
|----------------|-----------------------------|----------------------|
| Eingangsdatum: | KZV-Pflegeeinrichtungs-Nr.: | Genehmigungsvermerk: |
|----------------|-----------------------------|----------------------|