



## Erklärung

### über die Durchführung von Qualitätszirkel-Fortbildungsveranstaltungen von Kammermitgliedern der LZK Baden-Württemberg

An die LZK Baden-Württemberg  
Herrn Nemitz  
Albstadtweg 9  
70567 Stuttgart  
Fax: 0711 – 228 45 40

<b>Name des Qualitätszirkels Name Moderator / Moderatorin</b>	
<b>Titel / Name von Referentinnen / Referenten</b>	
<b>Veranstaltungsort Datum</b>	
<b>Veranstaltungsdauer in Stunden</b>	
<b>Themen der QZ-Sitzung</b>	
<b>Namen der Teilnehmerinnen / Teilnehmer</b>  <b>Geben Sie bitte auch die Fortbildungspunkte pro Person an, basierend auf der Punktebewertung von BZÄK / DGZMK und der Fortbildungsordnung der LZK BW</b>	

Hiermit erkläre ich in meiner Funktion und Verantwortung als QZ-Moderatorin / -Moderator, dass die Leitsätze der BZÄK, der DGZMK und der KZBV zur zahnärztlichen Fortbildung bei dieser Qualitätszirkelsitzung anerkannt und berücksichtigt worden sind.

.....  
(Ort, Datum)

.....  
(Unterschrift und Praxisstempel  
der Moderatorin / des Moderators)