

## Fortbildung für das Praxisteam – Update EBM – in der Haus- und Kinderärztlichen Praxis

Sehr geehrtes Praxisteam,

wir laden Sie herzlich zu oben stehendem Seminar in **Aurich** ein.

Die Komplexität der Abrechnungsbestimmungen, regelmäßige Änderungen des EBM und Änderungen in der Honorarverteilung Ihrer KV haben zur Folge, dass viele Haus- und Kinderärzte ihr Abrechnungspotenzial nicht ausschöpfen und Honorar verschenken. Das Seminar versetzt Sie in die Lage, Ihre Kassenabrechnung in Zukunft noch besser zu erstellen.

*(nur für Teilnehmer mit Grundkenntnissen)*

Der Referent Herr Rode (ehemaliger Geschäftsführer einer KV) ist Spezialist im Bereich Kassenabrechnung und heute als Abrechnungs- und Honorarberater tätig.

<b>Termin</b>	<b>Mittwoch, 7. November 2018   14.30 – 18.00 Uhr</b> 14.30 Uhr: Imbiss & Get together   15.00 – 18.00 Uhr: Seminar
<b>Ort</b>	Köhlers Forsthaus   Hoheberger Weg 192   26605 Aurich
<b>Kosten</b>	65 Euro pro Person inkl. Verpflegung in der Pause
<b>Faxanmeldung</b>	0800.83 43 240 (kostenfrei)
<b>Inhalte</b>	<b>Aktuelle Änderungen und Neuerungen im EBM</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>■ Änderungen beim Labor-Wirtschaftlichkeitsbonus</li> <li>■ Die neuen Leistungen (besonders qualifizierte Palliativversorgung, Screening auf Bauchaortenaneurysmen, Cannabisverordnung)</li> <li>■ Die wichtigsten hausärztlichen Abrechnungspositionen</li> <li>■ Die Vergütung hausärztlicher Leistungen (Budgets, Kontingente, freie Leistungen)</li> <li>■ Wichtige Begriffe und Wortkombinationen im EBM</li> <li>■ Abrechnungsausschlüsse</li> </ul>

**Referent** **Ludger Rode**

In Kooperation mit:




---

### Meine Anmeldung zur Fortbildung **Faxanmeldung 0800.83 43 240 (kostenfrei)**

(Bitte vollständig und in Druckbuchstaben gut lesbar ausfüllen! Danke!)

1. Teilnehmer | Titel, Vorname, Nachname

2. Teilnehmer | Titel, Vorname, Nachname

**Rechnungsempfänger**

Praxisanschrift

Privatanschrift

Praxisname

Straße & Hausnummer

PLZ Ort

Telefon & Fax

#### E-Mail-Adresse (Pflichtangabe – für die Anmeldebestätigung)

##### Datenschutzrechtliche Einwilligungserklärung:

Ich willige ein, dass die hier angegebenen personenbezogenen Daten von der amedes Medizinische Dienstleistungen GmbH gespeichert und für folgende Zwecke verarbeitet und genutzt werden: (1) für die Erstellung und den Versand von Veranstaltungseinladungen und Newslettern (postalisch, per Fax oder per E-Mail) und (2) für das Veranstaltungsmanagement (Teilnehmerlisten etc.) Hamburg. Diese Einwilligung kann ich jederzeit widerrufen.

##### Anmelde- und Rücktrittsbedingungen:

1. Anmeldung inklusive E-Mail-Adresse an uns senden. 2. Teilnahmegebühr nach Erhalt der Rechnung überweisen.

3. E-Mail-Anmeldebestätigung wird nach Eingang der Teilnahmegebühr versandt. (E-Mail-Adresse bitte oben angeben)

##### Rücktrittsbedingungen:

Eine kostenfreie Stornierung wird ausschließlich schriftlich innerhalb von 7 Werktagen vor der Veranstaltung anerkannt. Danach ist keine Erstattung mehr möglich. Der Veranstalter behält sich das Recht vor, die Veranstaltung aus wichtigen Gründen zu verschieben oder abzusagen. In dem Fall wird die Teilnahmegebühr erstattet. Weitergehende Ansprüche sind ausgeschlossen.

**Ich erkenne die Anmeldebedingungen an.**

Ort | Datum

Unterschrift | (Praxis-) Stempel