

Liebes Praxisteam, liebe Kolleginnen und Kollegen,

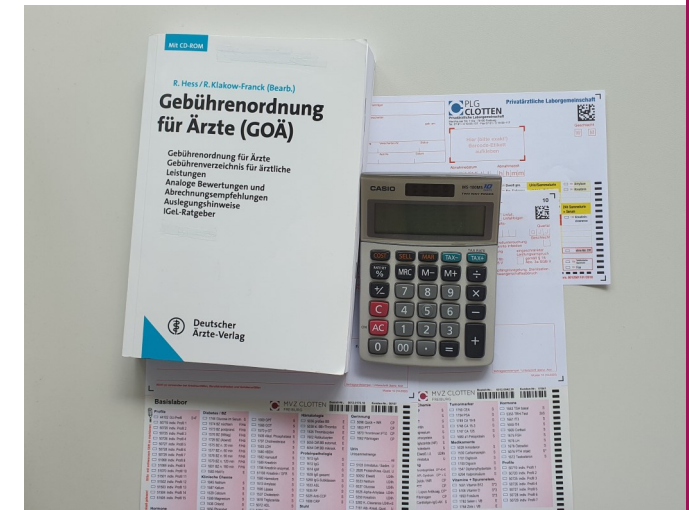
Fundierte Abrechnungskennntnisse sind die Grundlage für eine optimale, korrekte privatärztliche Abrechnung. In unserem Seminar versuchen wir Sie in der korrekten Anwendung der Gebührenordnung zu unterstützen, um Fehler zu vermeiden. Das Seminar richtet sich an Ärztinnen, Ärzte und Praxismitarbeiter/-innen aller Facharztgruppen, die maßgeblich an der Abrechnung beteiligt sind und noch wenig Vorkenntnisse haben.

Seminarinhalt Aufbau Seminar:

- ◆ Allgemeine Grundlagen
- ◆ Abweichende Vereinbarungen § 2
- ◆ Bemessung der Gebühren § 5
- ◆ Analoge Bewertungen § 6
- ◆ Ersatz von Auslagen § 10
- ◆ Öffentliche Leistungsträger § 11
- ◆ Beratungen / Untersuchungen
- ◆ Visiten / Besuche / Zuschläge
- ◆ Schriftverkehr / Einverständniserklärungen
- ◆ Der Kassenpatient als Privatpatient
- ◆ Abrechnungsbeispiele

Hinweis:

Bitte bringen Sie zum Kurs eine Gebührenordnung für Ärzte mit.



Labor Dr. Haas, Dr. Raif & Kollegen GbR

Merzhauser Straße 112a | 79100 Freiburg

Telefon 0761/31905-207

Telefax 0761/31905-158

fortbildung@mvz-clotten.de

www.mvz-clotten.de

Einladung

GOÄ Aufbau

Seminar

Mittwoch, 24.04.2024

15.00 - 18.30 Uhr

Hinweise zur Fortbildung

Thema:

GOÄ Aufbau

Termine:

Mittwoch, 24.04.24

15.00 — 18.30 Uhr

Veranstaltungsort:

MVZ Clotten, Merzhauser Str. 112a,
79100 Freiburg

Referentin:

Claudia Kilgus

MFA, Management-Assistentin,
Praxisberaterin

Teilnahmegebühr:

40,- € zzgl. USt. je Teilnehmer.

Sie erhalten nach der Veranstaltung eine Rechnung.

Anmeldung:

online unter www.mvz-clotten.de/Veranstaltungen oder per FAX an
0761/31905-158

Da die Teilnehmerzahl pro Termin begrenzt ist, werden die Anmeldungen in der Reihenfolge des Eingangs berücksichtigt. Sie erhalten eine Anmeldebestätigung per E-Mail.

Fortbildungspunkte sind bei der LÄK Baden-Württemberg beantragt.

Organisation:

Heike Städtler, fortbildung@mvz-clotten.de

Anmeldung zur Fortbildung „GOÄ Aufbau“

☐ Ich/Wir nehmen am **24.04.24** mit u.g. Person/en verbindlich an der Fortbildung teil.

Bitte in Blockbuchstaben oder mit einem deutlich lesbaren Stempel ausfüllen. Dies ist gleichzeitig die Rechnungsadresse

Praxis

Straße

Nr.

PLZ

Ort

Teilnehmer 1:

Titel/Vorname/Name

E-Mailadresse

EFN-Nummer/-Klebeetikett für Fortbildungspunkte

Hiermit bestätige ich die Buchung zu o.g. Konditionen. Die Anmeldung erfolgt mit erfolgreichem Posteingang und dem Versand der Anmeldebestätigung. Die Rechnung wird an o. g. Adresse versandt.

Hinweise zum Datenschutz: Ihre Daten werden zur Bearbeitung Ihrer Anmeldung und zur Bekanntgabe von etwaigen Programm- und Terminänderungen sowie zur Meldung der Fortbildungspunkte bei der Landesärztekammer Baden-Württemberg verwendet und in unser Buchungssystem gespeichert.

Datum, Unterschrift Teilnehmer 1

Stempel

Teilnehmer 2:

Titel/Vorname/Name

E-Mailadresse

EFN-Nummer/-Klebeetikett für Fortbildungspunkte

Hiermit bestätige ich die Buchung zu o.g. Konditionen. Die Anmeldung erfolgt mit erfolgreichem Posteingang und dem Versand der Anmeldebestätigung. Die Rechnung wird an o. g. Adresse versandt.

Hinweise zum Datenschutz: Ihre Daten werden zur Bearbeitung Ihrer Anmeldung und zur Bekanntgabe von etwaigen Programm- und Terminänderungen sowie zur Meldung der Fortbildungspunkte bei der Landesärztekammer Baden-Württemberg verwendet und in unser Buchungssystem gespeichert.

Datum, Unterschrift Teilnehmer 2