

**Liebes Praxisteam,  
liebe Kolleginnen und Kollegen,**

Fundierte Abrechnungskennnisse sind die Grundlage für eine optimale, korrekte vertragsärztliche Abrechnung.

In diesem Seminar versuchen wir Ihnen zu vermitteln, wie Sie Bestimmungen und Leistungsbeschreibungen korrekt anwenden und Fehler vermeiden können.

#### **Seminarinhalte:**

- Allgemeines / Grundlagen EBM (Definitionen / Systematik)
- Der Einheitliche Bewertungsmaßstab (EBM)  
Aufbau / Handhabung
- EBM Kapitel 1 und 2
- Vorsorgeleistungen / GU
- Kapitel 32 Labor
- Kapitel 33 Sono
- Kapitel 40 Kostenpauschalen
- Anhänge des EBM's

Die Veranstaltung richtet sich an Ärztinnen, Ärzte und Praxismitarbeiter/-innen aller Facharztgruppen, die maßgeblich an der Abrechnung beteiligt sind.



# **Einladung**

## **EBM Grundlagen**

### **Seminar**

**Mittwoch, 23.10.2024**

**15.00 - 18.30 Uhr**

## Hinweise zur Fortbildung

### Thema:

EBM Grundlagen

### Termine:

Mittwoch, 23.10.24

15.00 — 18.30 Uhr

### Veranstaltungsort:

MVZ Clotten, Merzhauser Str. 112a,  
79100 Freiburg

### Referentin:

Claudia Kilgus  
MFA, Management-Assistentin,  
Praxisberaterin

### Teilnahmegebühr:

30,- € zzgl. USt. je Teilnehmer.

Sie erhalten nach der Veranstaltung eine Rechnung.

### Anmeldung:

online unter [www.mvz-clotten.de/Veranstaltungen](http://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.

4 Fortbildungspunkte sind bei der LÄK Baden-Württemberg beantragt.

### Organisation:

Heike Städtler, [fortbildung@mvz-clotten.de](mailto:fortbildung@mvz-clotten.de)

## Anmeldung zum Seminar „EBM Grundlagen“

Ich/Wir nehmen am **23.10.24** 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