NRNW-Ärztenetzwerk
Robert-Bosch-Str. 7, 40668 Meerbusch
Tel. 49 2150 794390-20 | Fax: 49 2150 705221
E-Mail: aerztenetzwerk@nrnw.de | www.nrnw.de

Parkmöglichkeiten
gebührenfreie Parkplätze
auf der Robert-Bosch-Straße und Umgebung
40668 Meerbusch

Einladung - CMME® Abrechnungsseminar GOÄ, IGeL, EBM, DMP

Sa., 05.06.2027, 09:00 - 18:00 Uhr

Fortbildungszentrum im NRNW-Ärztenetzwerk | Robert-Bosch-Str. 7 | 40668 Meerbusch

für Ärzt:innen, angestellte Ärzt:innen, med. Fachkräfte und leitende Angestellte

Modul I von 09:00 bis 12:30 Uhr | Referentin: Susanne Tauscher-Thon, *Fachreferentin*

Grundlagen der Privatabrechnung - Grundleistungen korrekt abrechnen
- Bedeutung der 12 Paragraphen der GoÄ für die Privatabrechnung

GOÄ = Hausarzttypische Leistungen
- Sonderleistungen nach Abschnitt C GOÄ vollständig und richtig abrechnen. - Relevante Hausarztpraxen GOÄ
- Leistungen

IGeL Angebot und Abrechnung
- Welche rechtlich geltenden Vorschriften müssen beachtet werden?
- Welche möglichen Hausarzt IGeL sind möglich?

Modul II von 13:00 – 18:00 Uhr | Referent: Dr. Markus Groteguth, *Facharzt für Allgemeinmedizin*

Prozessmanagement in der Praxis GOÄ - IGeL - EBM im Vergleich
- Prozesse definieren - Prozesse berechnen - Prozesse etablieren - Patientenansprache - Ärztlicher Mindset

DMP KHK, COPD, Asthma bronchiale in der täglichen Praxis
- Fallbeispiele - Abrechnung - typische Fehler - praktische Tipps

Praxisorganisation - wie vermeide ich Regresse
- Wie vermeide ich Abrechnungsregresse? - Fallstricke der Arzneimittelverordnung

Limitierte Teilnehmerzahl - bitte melden Sie sich zeitnah an!

Ihre Anmeldung ist incl. Catering und Getränke. Wir freuen uns auf Sie ! Ihr NRNW-Ärztenetzwerk

---

Fax-Rückantwort bitte senden an: 02150 7052-21
oder per E-Mail an aerztenetzwerk@nrnw.de oder Online anmelden unter www.nrnw.de

Bitte in Druckbuchstaben ausfüllen

Meine Anmeldung ist verbindlich, personengebunden und nicht übertragbar.
Mit der Anmeldung erkläre ich mich mit den AGB, nachzulesen auf der Webseite www.nrnw.de einverstanden

Bitte informieren Sie mich weiterhin über Ihre Fortbildungen und Angebote ☐ per Fax und ☐ per Mail

Bitte entfernen Sie folgende Faxnummer aus Ihrem Verteiler: _____

Ich melde mich verbindlich an:

☐ **Modul I für 189 € netto** ☐ **Modul II für 189 € netto** ☐ **Modul I + II für 299 € netto**

Vorname: _____ Akad. Grad: _____

Nachname: _____ Mobil-Nr.: _____

Mail: _____ Datum/Ort: _____

Praxisanschrift: _____ Unterschrift/Praxisstempel: _____