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 dem Klinikgelände Einfahrt: Hauptstr. 74, 40668 Meerbusch oder Claudiusstr.- Einfahrt gegenüber Hausnummer 12

EINLADUNG ZUR FORTBILDUNG

CMME® optimierte Abrechnung GOÄ und IGeL

- Mehr Honorar. Sicher abrechnen. Potenziale konsequent nutzen-

Mittwoch, 04. November 2026 | 15:00 – 19:00 Uhr
St. Elisabeth Hospital, Hauptstr. 74 – 76, 40668 Meerbusch

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

Fortbildung optimierte Abrechnung

1. Thema:
Grundlagen der Privatabrechnung
- Grundleistungen korrekt abrechnen
- Bedeutung der 12 Paragraphen der GOÄ für die Privatabrechnung

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

3. Thema:
IGeL Angebot und Abrechnung
- Welche rechtliche geltende Vorschriften müssen beachtet werden?
- Welche möglichen Hausarzt IGeL sind möglich?

Susanne Tauscher-Thon
Fachreferentin im Gesundheitswesen, selbstständige Praxismanagerin

Mit freundlicher Unterstützung:

Netzwerkpartner	2000 €	1000 €	1000 €

Sponsoring in Form von Standmiete, für Kosten Organisation, Raummiete, Honorare

Fortbildungsgebühr: 99,00 € netto inkl. Catering und Getränke.
Limitierte Teilnehmerzahl - bitte melden Sie sich zeitnah an!

Wir freuen uns auf einen informativen gemeinsamen Netzwerktag.
Ihr NRNW-Ärztenetzwerk

Bitte in Druckbuchstaben und vollständig ausfüllen!

Fax-Rückantwort bitte senden an: 02150 7052-21 oder Mail an aerztenetzwerk@nrnw.de

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.
Die Rechnung zur Fortbildung erhalte ich vor der Veranstaltung per Mail.

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**

Vorname: _____

Nachname: _____

Mail: _____

Mobil-Nr.: _____ Datum/Ort: _____

Praxisanschrift: _____ Unterschrift/

Praxisstempel: _____