

EINLADUNG ZUR ÄRZTE - FORTBILDUNG

Liebe Kolleginnen, liebe Kollegen,
wir laden ein zur Fortbildung für

**5 CME-
Punkte**

NRNW Ärztekongress Update Betriebsklima - Viele Faktoren beeinflussen den Erfolg der Praxis

Sa., 04. März 2023 | 08:00 – 19:30 Uhr
Dorint Kongresshotel | Selikumer Str. 25 | 41460 Neuss
im Rahmen des NRW Medizin Update Kongresses 2023

Themen und Referenten:

Gewaltfreie Kommunikation nach Marshall Rosenberg Teil 1 für Anfänger | Teil 2 für Fortgeschrittene Kommunikation im Team und mit den schwierigen Patienten

- Wie kommunizieren wir? - Woran scheitert es an welchen Stellen?
- Wie schaffe ich mehr Zufriedenheit bei allen Beteiligten? - Wen habe ich gegenüber?
- Was für Bedürfnisse hat mein Gegenüber?

Sebastian Hein, Hein Mediation

Der Globale Gesundheitsmarkt – immer noch ein lohnendes Investment?

Gilberto Mei, Senior Portfolio Manager, apoAsset GmbH

Praxis Abgabe / Praxis Übernahme - Wie fit ist die Praxis?

Wichtige unternehmerische Tätigkeiten vor Abgabe / Übernahme

Michael Bark, Steuerberater Wilms & Partner, Benno Mertens, Steuerberater, Dipl.-Finanzwirt

Möglichkeiten der Anstellung von Ärzten in der Praxis

Michael Frehse, Fachanwalt für Medizinrecht, Wirtschaftsmediator, Lehrbeauftragter, Gründungspartner der Kanzlei am Ärztehaus

Blickdiagnose EBM- und GOÄ-Abrechnung

Honorarbescheid der KV

- Klärung der Begrifflichkeiten und Systematik. Potential entdecken

Heike Junge-Rappenberg, Fachreferentin für EBM & GOÄ, MVZ Geschäftsführerin IHK, QMB und interne Auditorin im Gesundheitswesen

Fortbildungsgebühr 89,00 € inkl. Catering und Getränke. Beschränkte Teilnehmerzahl - bitte melden Sie sich zeitnah an!

Wir freuen uns auf einen schönen gemeinsamen Netzwerk-Tag!
Ihr NRW-Ärztinnen- und -Ärztenetzwerk

Fax-Rückantwort bitte senden an: + 49 2150 7052-21

Bitte in Druckbuchstaben ausfüllen

Meine Anmeldung ist verbindlich. Die Rechnung zur Fortbildung erhalte ich **nach** der Veranstaltung **per Post**.

Ich komme gerne

Vorname: _____

Nachname: _____

Mail: _____

Mobil-Nr.: _____

Datum/Ort: _____

Unterschrift/

Praxisanschrift: _____

Praxisstempel: _____