



Web: [www.nrnw.de](http://www.nrnw.de)  
Mail: [aerztenetzwerk@nrnw.de](mailto:aerztenetzwerk@nrnw.de)  
+49 2150 794390-20  
+49 2150 7052-21

NRNW-Ärztetzwerk  
Management  
SeCoMe - Medical Manager  
Hauptstraße 92, 40668 Meerbusch

Parkmöglichkeiten  
gebührenfreie Parkplätze auf dem  
Klinikgelände St. Elisabeth-Hospital

## EINLADUNG ZUR FORTBILDUNG

# CMME<sup>®</sup> optimierte Abrechnung GOÄ und IGeL

Mittwoch, 14. Mai 2025 | 15:00 – 19:00 Uhr  
St. Elisabeth - Hospital | Hauptstr. 74 - 76 | 40668 Meerbusch

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

### 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*

Fortbildungsgebühr: 149,00 € netto inkl. Catering und Getränke.

- bitte melden Sie sich zeitnah an, die Teilnehmerzahl ist limitiert.

Auch Nicht-Mitglieder sind herzlich willkommen

Ihr NRNW-Ärztetzwerk

**Bitte in Druckbuchstaben und vollständig ausfüllen!**

**Fax-Rückantwort bitte senden an: 02150 7052-21 oder Mail an [aerztenetzwerk@nrnw.de](mailto:aerztenetzwerk@nrnw.de)**

Meine Anmeldung ist verbindlich, personengebunden und nicht übertragbar.

Mit der Anmeldung erkläre ich mich mit den AGBs, nachzulesen auf der Webseite [www.nrnw.de](http://www.nrnw.de) einverstanden.

Die Rechnung zur Fortbildung erhalte ich **ca. 14 Tage vor** 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 buche verbindlich:

Ich melde mich verbindlich an

Vorname: \_\_\_\_\_

Nachname: \_\_\_\_\_

Mail: \_\_\_\_\_

Mobil-Nr.: \_\_\_\_\_

Datum/Ort: \_\_\_\_\_

Unterschrift/  
Praxisstempel:

Praxisanschrift: \_\_\_\_\_