



Einladung zu Vortrag und Diskussion:

Abrechnung - nicht nur für Neu-Niedergelassene - mit berufspolitischem Hintergrund

Wer eine Praxis eröffnet, muss sich in einer Flut von Vorschriften zurecht finden. Der Kurs vermittelt den Teilnehmern in verständlicher Form, worauf bei der Abrechnung von Leistungen bei gesetzlich Versicherten und Privatpatienten zu achten ist. Es werden die Strukturen und Abrechnungspositionen des Einheitlichen Bewertungsmaßstabs (EBM), der Gebührenordnung für Psychotherapeuten (GOP) und der Beihilfeverordnung erläutert.

Als wichtige Hintergrundinformation für den beruflichen Alltag werden dann im zweiten Teil aktuelle und für die Praxis relevante berufspolitische Entwicklungen dargestellt.

Der Kurs richtet sich in erster Linie an Neugründer von Praxen, doch auch erfahrene Psychotherapeut/innen, die ihre Kenntnisse auffrischen und auf den neuesten Stand bringen möchten, können profitieren.

Referent: **Dipl.-Psych. Dieter Best** ▪ **Bundvorsitzender DPtV Berlin**

Ort: **KV Nordrhein Köln**
Sedanstraße 10 - 16 in 50668 Köln ▪ Raum E 13/14

Zeit: **Donnerstag, 21. Nov. 2013** ▪ **17.00 - 21.00 Uhr**

Kosten: **kostenfrei** - auch für Nicht-Mitglieder

Um Anmeldung auf dem umseitigen Rückmeldeformular wird gebeten.
Wir freuen uns auf Ihre Teilnahme!

Mit freundlichem Gruß

Der Vorstand der DPtV-Landesgruppe Nordrhein

Andreas Pichler • Felix Jansen • Monika Konitzer •

Julia Leithäuser • Barbara Lubisch •

Dr. Andreas Šoljan • Olaf Wollenberg • Martin Zange

*Rückmeldung
per Fax oder email*

Deutsche Psychotherapeutenvereinigung DPtV
Landesgeschäftsstelle Nordrhein
Benderstraße 76
40625 Düsseldorf

per Fax an **(0211) 96 65 98 23**

oder eine entsprechende Info per email an gs-nordrhein@dptv.de

Ich melde mich zur Teilnahme an

Donnerstag, 21. Nov. 2013 – 17.00 Uhr

Vortrag: Dipl.-Psych. Dieter Best, Bundesvorstand Berlin

Thema: **Abrechnung - nicht nur für Neu-Niedergelassene – mit berufspolitischem Hintergrund**

Ort: KV Nordrhein, Sedanstr.10 - 16, 50668 Köln

Raum: E 13/14

Name _____ Vorname _____

Straße _____ PLZ/Ort _____

Telefon _____ Fax _____

oder Praxisstempel

Datum _____

Unterschrift _____