

## IGeLn leicht gemacht

### Inhalt

Selbstzahler-Leistungen (individuelle Gesundheits-Leistungen - IGeL) werden immer wieder öffentlich diskutiert. Dabei sind häufig skeptische Töne zu vernehmen. Für das Vertrauensverhältnis zwischen Ärztin oder Arzt und Patientin oder Patient ist daher ein offener Umgang mit Selbstzahler-Leistungen unverzichtbar. Klare Regeln für das Gespräch darüber können für beide Beteiligten einen Beitrag zur Fairness und Transparenz leisten. Wir machen Sie fit für die IGeL-Kommunikation und zeigen anhand praktischer Beispiele auf, wie Sie medizinische Zusatzleistungen seriös vermitteln können. Darüber hinaus erläutern wir, was bei der Planung und Umsetzung alles beachtet werden muss und wie der Erfolg medizinischer Zusatzleistungen langfristig gesichert werden kann.

### Schwerpunkte

- Abrechnung und Formulare
- Worauf muss ich achten, wenn ich individuelle Gesundheitsleistungen anbiete?
- Aufklärung, Einwilligung und praktische Beispiele

|                   |   |
|-------------------|---|
| Zielgruppe:       | Praxisinhaber*innen und Praxismitarbeiter*innen   |
| Teilnehmeranzahl: | 25  |
| Seminartermin:    | Mittwoch, 27. März 2019, 15 bis 18 Uhr            |
| Seminarort:       | KVN Bezirksstelle Stade Am Bahnhof 20 21680 Stade |
| Teilnehmergebühr: | -   |
| Anmeldung:        | Jeanette Hellwege<br>KVN Bezirksstelle Stade      |
| Straße Hausnr.    | Am Bahnhof 20                                     |
| PLZ Ort           | 21680 Stade                                       |
| Telefon           | 04141 4000-101                                    |
| Telefax           | 0511 380 4642                                     |
| E-Mail            | jeanette.hellwege@kvn.de                          |

### Verbindliche Anmeldung (bitte vollständig und in Druckbuchstaben ausfüllen)

Ich nehme an dem Seminar mit \_\_\_\_\_ Person/en teil.

---

Vor- und Nachname(n) der/des Teilnehmer/s

---

Vor- und Nachname des Rechnungsempfängers (Praxis)

LANR

---

Anschrift des Rechnungsempfängers (Straße, PLZ, Ort)

BSNR

---

Datum

Telefonnummer für evtl. Rückfragen

E-Mail-Adresse

**Mit der verbindlichen Anmeldung akzeptiere ich die AGB der Kassenärztlichen Vereinigung Niedersachsen.**