

PraxismanagerIn Intensivkurs

Inhalt

Mit den sich stetig verändernden Strukturen im Gesundheitswesen geht auch eine Wandelung des Anforderungsprofils der Arzthelferin bzw. Medizinischen Fachangestellten einher. Mehr und mehr werden von ihr neben medizinischem und verwaltungsorganisatorischem Fachwissen auch Führungs- und Managementkompetenzen verlangt. Im Rahmen unseres 5-tägigen Intensivkurses bilden wir Sie zur Praxismanagerin aus. Ziel des Kurses ist es, Sie in den wichtigsten Funktionen und Aufgabengebieten des Praxis- und Selbstmanagements zu stärken. Dies gibt Ihnen die Möglichkeit, Führungsaufgaben in der Praxis eigenverantwortlich zu übernehmen und den Praxisinhaber in vielerlei Hinsicht wirkungsvoll zu entlasten. Zur erfolgreichen Arbeit gehört auch der konstruktive Umgang mit Konflikten. Sie lernen, Konflikte im Team und mit Kollegen zu erkennen und effektiv zu lösen. Darüber hinaus erhalten Sie jede Menge Tipps und Ratschläge zum Aufbau von Terminsystemen in der Praxis. Der Intensivkurs wird mit einer schriftlichen Prüfung (Lernerfolgskontrolle) abgeschlossen. Die bestandene Prüfung wird auf dem Zertifikat bescheinigt.

Schwerpunkte

- Personalmanagement und Teamführung
- Konfliktmanagement, Ärztliches Qualitätsmanagement
- Terminsystem, Kommunikationstraining
- Veränderungsmanagement, Angebot ergänzender Leistungen

Zielgruppe:	Praxismitarbeiter*innen
Teilnehmeranzahl:	20
Seminartermin:	Montag, 4. März 2019, 11 bis 17 Uhr Dienstag, 5. März 2019, 9 bis 17 Uhr Mittwoch, 6. März 2019, 9 bis 17 Uhr Donnerstag, 7. März 2019, 9 bis 17 Uhr Freitag, 8. März 2019, 9 bis 13 Uhr
Seminarort:	Kassenärztliche Vereinigung Niedersachsen Berliner Allee 22 30175 Hannover
Teilnehmergebühr:	500 Euro pro Person inklusive Verpflegung und Unterlagen
Anmeldung:	Marlen Hilgenböcker KV Niedersachsen
Straße Hausnr.	Berliner Allee 22
PLZ Ort	30175 Hannover
Telefon	0511 380-3311
Telefax	0511 380-4620
E-Mail	seminarangebote@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.