

# MVZ Medizinisches Fachlabor Dillenburg GmbH

Poststr. 7 • 35683 Dillenburg • Tel: 02771-80200 • Fax: 02771-802040

## Einladung zur Fortbildung für Ärzte und interessierte Praxismitarbeiter

### Themen:

### **1. NEUE Laborvergütung ab 01.10.2012 und Wirtschaftlichkeit in der Praxis**

**Referent: Herr Uli Früh (Diplom-Betriebswirt FH, WCG Wolf Consulting Group AG, Reutlingen)**

16.00 – 16.45 Uhr, anschließend Diskussion

- Derzeitige Vergütungsregelungen
- Inhalte, Auswirkungen und signifikante Änderung bei der Abrechnung von Laborleistungen bei Nicht-Laborärzten
- Laborbudget, Ausnahmeziffern und Wirtschaftlichkeitsbonus
- Wie können Sie gesichert Ihr Laborbudget analysieren?
- „Führungs-Cockpit“ für Ihre Praxis, Bankgespräche, Basel III

### **2. Diagnostik bei Nahrungsmittelallergie – Grenzen und Möglichkeiten**

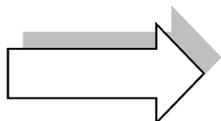
**Referent: Herr Dr. med. Lars Lange (Oberarzt im St. Marien-Hospital Bonn)**

17.00 – 18.00 Uhr, anschließend Diskussion

- Definition Nahrungsmittelallergie
- Klinische Relevanz einer Sensibilisierung
- Schweregrad der zu erwartenden Reaktionen
- Kreuzallergien

**Es sind noch  
Plätze frei!**

Die Veranstaltung findet statt:



**Mittwoch, den 26.09.2012**

**von 16:00 bis ca. 18:30 Uhr**

im **Hotel Bartmann's Haus**, Untertor 1, 35683 Dillenburg

Zur besseren Planung der Veranstaltung bitten wir um verbindliche Anmeldung  
Das Anmeldeformular finden Sie auf der Rückseite.

**Für diese Veranstaltung sind Fortbildungspunkte bei der Landesärztekammer Hessen beantragt!**

**Wir freuen uns sehr auf Ihr Kommen und laden Sie im Anschluß an die Fortbildung zu einem kleinen Imbiß ein.**

Dr. med. Oliver Harzer (MBA)  
Geschäftsführer

Dr. med. Horst Herden  
Geschäftsführer

Claudia Dreber-Schermutzki  
Ärztliche Leitung

# FAX-Anmeldung

Fax-Nr. 02771 / 80 20 40

Ja, ich / wir nehmen an der Fortbildung

**„Neue Laborvergütung / Diagnostik bei Nahrungsmittelallergie“** teil.

Wir, von der Praxis \_\_\_\_\_ ,  
werden mit \_\_\_\_\_ Personen an der Fortbildung teilnehmen.

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Praxisstempel + Unterschrift