

# Termine / Seminare

[Zurück](#)

## Seminaranmeldung Grundlagenseminar Umgang mit dem EBM in Facharztpraxen sowie Haus- und Kinderarztpraxen

Onlinefortbildung

15.10.

Uhrzeit

10.30-15.30 Uhr

Ort

Online

Zielgruppe

Praxismitarbeiter:innen

Referent

[DeltaMed Süd Veränderungsberatung  
im Gesundheitswesen](#)

Gebühr 110 Euro

Teilnehmerzahl max. 20

Fortbildungspunkte keine

---

## Materialien zum Seminar

[Seminarbeschreibung](#)

[Allgemeine Seminarinformationen](#)

[Seminarkalender der KV Berlin 2024](#)

[AGB](#)

In der vertragsärztlichen Versorgung ist der Einheitliche Bewertungsmaßstab (EBM) die Abrechnungsgrundlage. Jeder Leistung sind im EBM eine Gebührenordnungsposition (GOP) und eine Punktzahl zugeordnet. Dieser Kurs vermittelt Ihnen die Grundlagen des EBM für Beschäftigte in Facharztpraxen sowie Haus- und Kinderarztpraxen, dessen Aufbau und Handhabung.

Das Grundlagenseminar richtet sich vorrangig an Berufs- oder Wiedereinsteiger der medizinischen Assistenzberufe.

### Themenschwerpunkte

- Aktuelles aus der fachärztlichen Abrechnung
- EBM: Aufbau und Handhabung
- Diagnoseverschlüsselung nach ICD-10 GM
- Erstellen der Online Abrechnung
- Abrechnungsbeispiele aus der Praxis

**Bitte beachten Sie:** Nach Ihrer verbindlichen Anmeldung zu unserem Online-Fortbildungsangebot übermitteln wir Ihre Kontaktdaten, insbesondere Ihren Vor- und Nachnamen sowie Ihre E-Mail-Adresse, zum Zwecke der Organisation und Durchführung der jeweiligen Onlinefortbildung an DeltaMed Süd GmbH & Co. KG, Untere Gasse 9, 71642 Ludwigsburg. Weitere Hinweise zur Verarbeitung Ihrer Daten finden Sie in unserer [Datenschutzerklärung](#).

Anmeldeformular

Grundlagenseminar Umgang mit dem EBM in Facharztpraxen sowie Haus- und Kind

Anrede \*

Frau ▼

Titel

Bitte geben Sie ggf. Ihren vollständigen Titel an.

Vorname \*

Name \*

Fachgebiet \*

---

[Teilnahmebedingungen für das Seminarangebot der KV Berlin](#)

---

## Kontakt

Veranstaltungsbüro

[veranstaltungsbuero@kvberlin.de](mailto:veranstaltungsbuero@kvberlin.de)

E-Mail \*

Telefon \*

Rechnungsempfänger: Titel, Vorname, Nachname \*

Rechnungsadresse Straße und Haus-Nr. \*

Rechnungsadresse PLZ \*

Rechnungsadresse Ort \*

Name der Praxis \*

Praxisadresse Straße und Haus-Nr. \*

Praxisadresse PLZ \*

Praxisadresse Ort \*

BSNR (Nur für Mitglieder der KV Berlin anzugeben)

Weitere Teilnehmer:innen

Bitte geben Sie hier weitere Teilnehmer:innen an:

Teilnehmer 2: Titel, Vorname, Name

Teilnehmer 3: Titel, Vorname, Name

Teilnehmer 4: Titel, Vorname, Name

Teilnehmer 5: Titel, Vorname, Name

### Feedback

Ich stimme der Zusendung von Feedbackbogen per E-Mail nach der Veranstaltung zu. Die Einwilligung ist freiwillig und kann

jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen werden.

AGB \*

Ich stimme den AGB Nutzungsbedingungen zu.

Hinweise zur Verarbeitung Ihrer Daten zur Anmeldung finden Sie in den [Datenschutzhinweisen der KV Berlin](#).

Hinweise zur Verarbeitung Ihrer Daten im Rahmen der Veranstaltung, insbesondere bezogen auf die eventuellen Film- und Fotoaufnahmen finden Sie in den [Datenschutzhinweisen](#).

HINWEIS

Alle Unterlagen zum Seminar (Seminarbeschreibung, Allgemeine Seminarinformationen, AGB) können Sie sich unter "Materialien zum Seminar" herunterladen. Bei erfolgreicher Anmeldung erhalten Sie eine Bestätigung mit Ihren Anmeldeinformationen an die hinterlegte E-Mailadresse.

Captcha \*



## Kontakt für Ärzt:innen und Psychotherapeut:innen

[Service-Center der KV Berlin](#)

[FAQ: Hier finden Sie Antworten auf häufig gestellte Fragen](#)

## Kontakt für Patient:innen

[Wann hilft die KV Berlin?](#)

[Terminservice:](#)

[Weitere Informationen und Termine](#)

[buchen](#)

## Kontakt für Presseanfragen

[presse@kvberlin.de](mailto:presse@kvberlin.de)

Kassenärztliche Vereinigung  
Berlin  
Masurenallee 6A

[030 / 31 003-0](tel:030310030)  
[030 / 31 003-380](tel:03031003380)  
[Kontakt](#)



**BERLIN**