

## Aufgrund großer Nachfrage HZV-Schulungsveranstaltung für Einsteiger – Exklusiv für MFA

Liebes Praxisteam,

Sie arbeiten in einer Hausarztpraxis und alles hat sich eingespielt? Okay, auch Sie merken, dass es für die Chefin/den Chef immer schwieriger wird, den bürokratischen Anforderungen gerecht zu werden und dass die ständige Angst vor Regressen das Leben auch nicht einfacher macht. Aber jetzt sollen Sie sich auch noch mit der Hausarztzentrierten Versorgung (HZV) auseinandersetzen? Das geht nun wirklich zu weit!

Kennen Sie diese Situation? Ja? Dann werden wir Sie jetzt unterstützen! Denn der Hausärzterverband hat nicht nur die HZV-Verträge mit den Krankenkassen für die Hausärzte und Ihre Patienten ausgehandelt, sondern bietet Ihnen auch Hilfe bei der einfachen Umsetzung der HZV in Ihrer Praxis an. **Wir laden Ihr Praxisteam herzlich zu unserer kostenlosen HZV-Schulungsveranstaltung von MFA für MFA-Einsteiger ein, in denen eine erfahrene HZV-MFA ihr Wissen mit Ihnen teilt.**

Die Schulungsdauer beträgt ca. 3 Stunden inklusive der Möglichkeit, individuelle Fragen zu klären. Die Teilnehmer/innen erhalten im Anschluss ein Zertifikat für ihre erfolgreiche Teilnahme.

Damit genügend Zeit für Ihre Fragen bleibt, ist die Teilnehmerzahl limitiert. Bitte beachten Sie, dass wir diese aufgrund der hohen Nachfrage auf maximal 2 Personen pro Praxis begrenzen müssen. Wir empfehlen daher eine zeitnahe Anmeldung. Falls für die Schulung bereits zu viele Anmeldungen vorliegen, nehmen wir telefonischen Kontakt zu Ihnen auf. Andernfalls erhalten Sie eine Teilnahmebestätigung.

Wir freuen uns auf die Teilnahme Ihres Praxisteams und verbleibe mit freundlichen Grüßen

Ihr HZV-Team des Hamburger Hausärzterverbandes e. V.

### Bitte zurückfaxen an: 040 280581-99

Datum	Ort	Uhrzeit	Teilnahme
Freitag, 13.10.2017	Fortbildungsakademie der Ärztekammer, 13. Stock, Weidestr. 122, 22083 Hamburg	14:30 Uhr	<input type="checkbox"/>
Freitag, 08.12.2017		14:30 Uhr	<input type="checkbox"/>

**Praxis:** \_\_\_\_\_

**Teilnehmernamen (max. 2):** \_\_\_\_\_

**BSNR der Praxis:** \_\_\_\_\_

**Telefo und Fax:** \_\_\_\_\_

- Ich bin damit einverstanden, dass das HZV-Team des Hamburger Hausärzterverbandes e. V. meine oben genannten Daten ausschließlich im Vorfeld und/ oder Nachgang zu den Informationsveranstaltungen speichert und nutzt. Meine Daten werden nur für die Abwicklung der HZV-Information genutzt und nach dessen Beendigung umgehend wieder gelöscht.

Ich kann jederzeit einer Verarbeitung und Nutzung meiner Daten für Zwecke der Information durch das HZV-Team des Hausärzterverbandes Hamburg e.V. widersprechen, indem ich meinen schriftlichen Widerspruch an den Hausärzterverband Hamburg e.V., Osterbekstr. 90c, 22083 Hamburg unter unter der Faxnummer: 02203 575657017, richte.

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift/ Praxisstempel