



**LVBG**

Landesverband Bayern und Sachsen  
der gewerblichen Berufsgenossenschaften

Der Geschäftsführer

Rundschreiben Nr. 7/2004 (D)

München, den 11. November 2004  
ro/gg

An die  
DurchgangsärztInnen  
in Bayern und Sachsen

---

**Fortbildungsveranstaltung des Landesverbandes für nichtärztliches Assistenzpersonal von Durchgangsärzten**

Sehr geehrte Damen und Herren,

der Landesverband hat in der Vergangenheit Fortbildungsveranstaltungen für nichtärztliches Assistenzpersonal veranstaltet.

In der letzten Zeit haben sich vermehrt Interessenten für derartige Seminare beim Landesverband gemeldet. Wir beabsichtigen daher, bei entsprechender Nachfrage, voraussichtlich im 2. Quartal 2005 diese Seminarreihe fortzusetzen.

Wesentliche Themen werden sein:

- Grundsätze zum Kreis der versicherten Personen
- Grundsätze zum Versicherungsschutz – Arbeitsunfälle und Wegeunfälle
- Vertrag Ärzte/Unfallversicherungsträger (Ärztevertrag)
- Abrechnungssystematik im Bereich der gesetzlichen Unfallversicherung - UV-GOÄ
- Erörterung von Fragen der Teilnehmer aus der täglichen Praxis.

Die Seminardauer wird in etwa 4 Std. betragen. Zur Deckung der mit den Seminaren verbundenen Kosten (Seminarunterlagen usw.) wird eine Teilnehmergebühr von 40,- € fällig.

Die Seminare werden an folgenden Orten durchgeführt:

- für Teilnehmer aus Bayern
  - München
  - Nürnberg
  - Würzburg
- für Teilnehmer aus Sachsen
  - Dresden
  - Leipzig.

Für unsere weiteren Planungen gilt es zunächst, den Bedarf festzustellen.

Wir bitten Sie deshalb, die beiliegende Rückantwort baldmöglichst ausgefüllt an uns zurückzusenden. Diese Voranmeldung ist für Sie zunächst **u n v e r b i n d l i c h**. Sollte sich eine ausreichende Nachfrage ergeben, erhalten Sie zur Terminplanung usw. weitere Nachricht.

Sofern mehrere Mitarbeiter aus Ihrer Praxis/Ihrem Krankenhaus an dem Seminar teilnehmen möchten, können die Seminare ggf. an verschiedenen Tagen besucht werden.

Mit freundlichen Grüßen

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'Udo', written in a cursive style.

von Rimscha

**Für Teilnehmer aus Bayern**

An den  
Landesverband Bayern und Sachsen  
der gewerblichen Berufsgenossenschaften  
Am Knie 8  
81241 München

Fax: 089/82 003 599

**RÜCKANTWORT**

**Unverbindliche Anmeldung zum  
Fortbildungsseminar für nichtärztliches  
Assistenzpersonal von DurchgangsärztenInnen  
im 2. Quartal 2005**

Für die Fortbildungsveranstaltung des Landesverbandes Bayern und Sachsen der gewerblichen Berufsgenossenschaften für nichtärztliches Assistenzpersonal von DurchgangsärztenInnen wird/werden aus meinem Krankenhaus/aus meiner Praxis **unverbindlich**

- 1. Herr/Frau.....  
(Vor- und Nachname)
- 2. Herr/Frau.....  
(Vor- und Nachname)
- 3. Herr/Frau.....  
(Vor- und Nachname)
- 4. Herr/Frau.....  
(Vor- und Nachname)
- 5. Herr/Frau.....  
(Vor- und Nachname)

(Bitte in Druckbuchstaben ausfüllen !!!)

angemeldet.

**Seminarort:**                     München                     Nürnberg                     Würzburg

(bitte gewünschten Teilnahmeort ankreuzen!)

.....  
Name der D-Ärztin/des D-Arztes

.....  
Anschrift der Praxis/des Krankenhauses

.....  
Stempel/Unterschrift

**Für Teilnehmer aus Sachsen**

An den  
Landesverband Bayern und Sachsen  
der gewerblichen Berufsgenossenschaften  
Königsbrücker Landstraße 2  
01109 Dresden

Fax: 0351/457-2105

**RÜCKANTWORT**

**Unverbindliche Anmeldung zum  
Fortbildungsseminar für nichtärztliches  
Assistenzpersonal von DurchgangsarztInnen  
im 2. Quartal 2005**

Für die Fortbildungsveranstaltung des Landesverbandes Bayern und Sachsen der gewerblichen Berufsgenossenschaften für nichtärztliches Assistenzpersonal von DurchgangsarztInnen wird/werden aus meinem Krankenhaus/aus meiner Praxis **unverbindlich**

- 1. Herr/Frau.....  
(Vor- und Nachname)
- 2. Herr/Frau.....  
(Vor- und Nachname)
- 3. Herr/Frau.....  
(Vor- und Nachname)
- 4. Herr/Frau.....  
(Vor- und Nachname)
- 5. Herr/Frau.....  
(Vor- und Nachname)

(Bitte in Druckbuchstaben ausfüllen !)

angemeldet.

**Seminarort:**             Dresden             Leipzig  
(bitte gewünschten Teilnahmeort ankreuzen!)

.....  
Name der D-Ärztin/des D-Arztes

.....  
Anschrift der Praxis/des Krankenhauses

.....  
Stempel/Unterschrift