|  |  |
| --- | --- |
|  | **Kinder- und Jugendheilkunde** |

# Voraussetzungen für die Berechtigung zur Verrechnung der

# Pos. Nr.10r Rheumatologische Therapieeinstellung mit krankheitsmodifizierenden Antirheumatika (DMARD) bzw. -überwachung

gem. Honorarordnung für Ärzte für Allgemeinmedizin und Fachärzte des oö. Gesamtvertrages

**Ausbildung:  
  
  
Vorlage**

* **Zeugnis über das Additivfach Rheumatologie**

....................................... ..................................................

**Datum Stempel und Unterschrift**

des Vertragsarztes/der Vertragsärztin