|  |  |
| --- | --- |
|  | **Neurologie****Neurologie und Psychiatrie****Psychiatrie und Neurologie****Psychiatrie****Psychiatrie und psychotherapeutische Medizin** |

# Voraussetzungen für die Zuordnung der Verrechenbarkeit der fachspezifischen Positionen

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

**Ausbildung zum Facharzt**

Bitte kreuzen Sie an, welche Facharztausbildung Sie absolviert haben:

[ ]  Facharzt für Neurologie

[ ]  Facharzt für Neurologie und Psychiatrie

[ ]  Facharzt für Psychiatrie und Neurologie

[ ]  Facharzt für Psychiatrie

[ ]  Facharzt für Psychiatrie und psychotherapeutische Medizin

**Zusatzausbildung**

Bitte kreuzen Sie an, ob Sie eine Zusatzausbildung absolviert haben:

[ ]  Mindestens einjährige Zusatzausbildung im Fach Neurologie

[ ]  Mindestens einjährige Zusatzausbildung im Fach Psychiatrie

[ ]  Mindestens einjährige Zusatzausbildung im Fach Psychiatrie und psychotherapeutische Medizin

**Vorlage**

* Facharztdiplom
* Nachweis über die einjährige Zusatzausbildung

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

### Datum Stempel und Unterschrift

 **des Vertragsarztes/der Vertragsärztin**