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

# Voraussetzungen für die Berechtigung zur Verrechnung der

**Pos. 54**

**Akupunktur**

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

**Ausbildung**

* Vorlage ÖÄK-Diplom für Akupunktur

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

**Datum Stempel und Unterschrift**

 **des Vertragsarztes/der Vertragsärztin**