|  |  |
| --- | --- |
|  | **Hals-, Nasen- und Ohrenkrankheiten** |

# Voraussetzungen für die Berechtigung zur Verrechnung der

# Pos.Nr. 10c Kurzintervention zum Rauchstopp

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

**Ausbildung:**

**Vorlage**

* **Teilnahmebestätigung der MedAk-Fortbildung „Kurzintervention zum Rauchstopp“** oder
* **Ärztekammer-Zertifikat „Tabakentwöhnung“** oder
* **ÖÄK-Diplom „Psychosoziale Medizin“ (PSY-I)**

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

### Datum Stempel und Unterschrift

**des Vertragsarztes/der Vertragsärztin**