|  |  |
| --- | --- |
|  | **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**