

**Rundschreiben Nr. D 1/08**  
**Dok.-Nr. 412.462**

**Mainz, 14.01.2008**

**An die**

**Chefärzte der zugelassenen Krankenhäuser**

**und Durchgangsarzte**

---

Sehr geehrte Damen und Herren,

die Anforderungen der gesetzlichen Unfallversicherungsträger nach § 34 SGB VII zur Beteiligung am D-Arztverfahren sehen den Besuch eines Einführungslehrganges in die D-Arztstätigkeit zwingend vor. Der Einführungslehrgang findet im Zuständigkeitsbereich einmal jährlich statt. Als Termin ist der 09.04.2008 vorgesehen. Lehrgangsort ist Mainz. Die Teilnahme ist auf 80 Personen beschränkt.

Sie können sich ab sofort unter der Fax-Nr. 06131/60053-20 mit beigefügten Vordruck anmelden. Ihre Anmeldung muss bis zum 17.03.2008 vorliegen. Ansonsten kann sie nicht mehr berücksichtigt werden.

Darüber hinaus ist eine Anmeldung auch im Internet unter [www.lvbg.de](http://www.lvbg.de) in der Rubrik „Veranstaltungen“ möglich.

Die Teilnahmegebühr beträgt 75,00 EUR und wird im Lastschriftverfahren erhoben. Bitte senden Sie deshalb die beigefügte Einzugsermächtigung ausgefüllt und unterschrieben zurück. Ansonsten ist eine Teilnahme leider nicht möglich.

Mit freundlichen Grüßen

Im Auftrag



Hans-Jürgen Wirthl  
Geschäftsstellenleiter

Anlagen

**Einführungslehrgang in die Durchgangsarztstätigkeit am 09.04.2008 in Mainz**

**P r o g r a m m**

Beginn 9.00 Uhr

voraussichtliches Ende: 16.30 Uhr

1. **Aufgaben und Leistungen der gesetzlichen Unfallversicherung im gegliederten System der sozialen Sicherung** *Wirthl*
2. **Kreis der versicherten Personen in der gesetzlichen Unfallversicherung** *Feddern*
3. **Merkmale des Leistungsfalles** *Erlinghagen*  
- Mittagspause -
4. **Zusammenarbeit zwischen Arzt und gesetzlichen Unfallversicherungsträgern**
  - 4.1 aus Sicht der Verwaltung *Görg*
  - 4.2 aus ärztlicher Sicht *Winker*
5. **Grundlagen zur Abrechnung ärztlicher Leistungen** *Rokosch*
6. **Voraussetzungen für die Beteiligung als Durchgangsarzt** *Schwarz*
7. **Abschlussdiskussion**



## Ermächtigung zum Einzug von Forderungen durch Lastschrift

### Absender:

Name : \_\_\_\_\_

Vorname: \_\_\_\_\_

Anschrift: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Hiermit ermächtige/n ich/wir die Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung (DGUV), Landesverband Mitte, Wilhelm-Theodor-Römheld-Str. 15, 55130 Mainz, einmalig die von mir/uns zu entrichtenden Zahlungen in Höhe von 75 Euro pro gemeldetem Teilnehmer wegen „Einführungslehrgang in die Durchgangsarztstätigkeit am 09.04.08“ zu Lasten meines/unseres Kontos

Kontoinhaber \_\_\_\_\_

Anschrift des Kontoinhabers \_\_\_\_\_

mit der Nummer: \_\_\_\_\_ Bankleitzahl: \_\_\_\_\_

bei (Kreditinstitut) \_\_\_\_\_

durch Lastschrift einzuziehen.

Wenn mein/unser Konto die erforderliche Deckung nicht aufweist, besteht seitens des kontoführenden Kreditinstituts keine Verpflichtung zur Einlösung.

Teileinlösungen werden im Lastschriftverfahren nicht vorgenommen.

\_\_\_\_\_  
*Ort, Datum*

\_\_\_\_\_  
*Unterschrift*

gemeldete Teilnehmer: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_



Absender: (Stempel des Chefarztes/D-Arztes)

DOK 410.4-DA/E  
Antwortschreiben  
Einführungslehrgang  
D-Ärzte 2008



Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung  
Landesverband Mitte  
Postfach 29 48  
55019 Mainz

**Fax-Nr.: (06131) 60053-20**

## Einführungslehrgang in die Durchgangsarztstätigkeit am 09.04.2008 in Mainz

### Anmeldung

Für die Teilnahme an der o. g. Veranstaltung werden folgende Ärzte gemeldet:  
(bitte Namen, Vornamen, Geburtsdatum und Privatadresse angeben; diese Angaben  
werden für die auszustellende Teilnahmebescheinigung benötigt.)

|    |       |         |              |               |
|----|-------|---------|--------------|---------------|
| 1. | _____ | _____   | _____        | _____         |
|    | Name  | Vorname | Geburtsdatum | Privatadresse |
| 2. | _____ | _____   | _____        | _____         |
|    | Name  | Vorname | Geburtsdatum | Privatadresse |
| 3. | _____ | _____   | _____        | _____         |
|    | Name  | Vorname | Geburtsdatum | Privatadresse |
| 4. | _____ | _____   | _____        | _____         |
|    | Name  | Vorname | Geburtsdatum | Privatadresse |

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des Chefarztes/D-Arztes