

# **-EINLADUNG-**

## **„EVA- Entlastende Versorgungsassistentin / Entlastender Versorgungsassistent“**

### **Was ist das? - Wie geht das?**

---

#### **Inhalt:**

Medizinische Fachangestellte, die sich zur EVA fortbilden lassen, gelten als qualifizierte Arztunterstützung, die Patienten und Angehörige in einem vertrauensvollen Behandlungsprozess begleiten und somit den Arzt oder die Ärztin in einer Vielzahl von Aufgabenbereichen entlasten. Speziell im Bereich der Hausbesuche werden den Medizinischen Fachangestellten, die notwendigen Fertigkeiten und Kenntnisse vermittelt, die sie befähigen, Routine-Hausbesuche selbstständig durchzuführen.

#### **Bei dieser Informationsveranstaltung erfahren Sie mehr über:**

- **Grundsätzliche Voraussetzungen**
  - **Delegationsvereinbarungen**
  - **Ablauf der Fortbildung zur EVA**
  - **Abrechnungsmöglichkeiten**
  - **Kosten und Amortisation**
  - **Verschiedenes**
  - **Zeit für Fragen**
- 

<b>DATUM:</b>	<b>Freitag, den 05.09.2025</b>
<b>UHRZEIT:</b>	16:00 Uhr bis 18:00 Uhr
<b>ORT:</b>	Räumlichkeiten der MED LaborUnion in Reichshof- Wehnrathe
<b>ZIELGRUPPE:</b>	medizinisches Fachpersonal sowie interessierte Ärztinnen und Ärzte
<b>REFERENT:</b>	<b>Herr Dr. med. Thomas Heuel</b> Facharzt für Innere Medizin, Notfallmedizin, Reisemedizin DTG Ärztlicher Leiter EVA Fortbildung
<b>TEILNAHMEGEBÜHR:</b>	Die Informationsveranstaltung ist für Sie kostenfrei
<b>SEMINARNUMMER:</b>	<b>33010</b>

## VERBINDLICHE ANMELDUNG

Bitte senden Sie diese Rückantwort bis spätestens zum **29.08.2025**

an die Faxnummer: **0 22 65 - 99 29 59**

oder per Mail an **fortbildung@laborunion.de**

Wir nehmen an der Veranstaltung zum Thema

### „EVA – Entlastende Versorgungsassistentin / Entlastender Versorgungsassistent“ Was ist das? - Wie geht das?

am **Freitag, den 05.09.2025** um 16:00 Uhr in **Reichshof- Wehnrat** teil.

---

Namen und Vornamen der Teilnehmer/-innen bitte in **BLOCKSCHRIFT** angeben:

-----  
Name, Vorname

-----  
E-Mail

-----  
Name, Vorname

-----  
E-Mail

-----  
Name, Vorname

-----  
E-Mail

-----  
**Arzt-Nr. / Labor-Nr.**

-----  
**Praxisstempel und rechtsverbindliche Unterschrift**

---