

Bekanntgabe JOBSHARING

Name des Vertragszahnarztes/ Vertragskieferorthopäden:

Titel und Familienname:

Vorname:.....

Geb.Datum:.....

Emailadresse:

Ordinationsanschrift:

.....

Aktuelle zahnärztliche/kieferorthopädische Nebenbeschäftigungen des Vertragszahnarztes/Vertragskieferorthopäden:

.....

Name des Jobsharing-Partners:

Titel und Familienname:

Vorname:.....

Geb.Datum:.....

Emailadresse:

Anschrift (allfälliger Ordinationssitz):

.....

Geplante zahnärztliche/kieferorthopädische Nebenbeschäftigungen des Jobsharingpartners:

.....

Jobsharing

erweitertes Jobsharing im Ausmaß vonKassenplanstellen

(Hinweis: möglich ab 1,1 Kassenplnastellen in Zehntelschritten)

Beginn des Jobsharings:.....**Ende** des Jobsharings:.....

Aufteilung der Ordinationszeit zwischen Vertragszahnarzt/ Vertragskieferorthopäden und Jobsharingpartners:

Hinweis: Der Vertragszahnarzt/Vertragskieferorthopäde verpflichtet sich für die Dauer des Jobsharings/erweiterten Jobsharings zur persönlichen zahnärztlichen/kieferorthopädischen Tätigkeit von mind. 25% der vereinbarten Ordinationszeiten)

	Vertragszahnarzt/ Vertragskieferorthopäde von - bis	Jobsharing-Partner von – bis
MO		
DI		
MI		
DO		
FR		
SA		

Ort, Datum Stempel u. Unterschrift des Vertragszahnarztes/Vertragskieferorthopäden

Der Jobsharingpartner erklärt mit seiner Unterschrift, dass es ihm bekannt ist, dass ihm aus der Jobsharingvereinbarung keinerlei Rechtsansprüche gegenüber dem Krankenversicherungsträger (z.B. Honoraransprüche aus der vertragszahnärztlichen/vertragskieferorthopädischen Tätigkeit) entstehen, und dass aus der Vereinbarung kein Rechtsanspruch auf Abschluss eines Einzelvertrages mit einem Krankenversicherungsträger erwächst.

Ort, Datum

Unterschrift des Jobsharingpartners