

Anlage 2 zu den Richtlinien für die Auswahl und Invertragnahme von Vertragszahnärzten
(verlautbart unter www.bgld.zahnaerztekammer.at)

B e w e r b u n g

Name: _____

Adresse: _____

Tel.Nr.: _____ Fax: _____ E-Mail: _____

Geburtsdatum: _____

Staatsangehörigkeit: _____

Promotion am: _____ Nostrifikation am: _____

Facharzt für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde seit: _____

Zahnarzt seit: _____

(Hinweis: Die Geburtsurkunde, der Staatsbürgerschaftsnachweis, die Promotionsurkunde bzw. der Promotionsbescheid, ggf. ein Nostrifikationsbescheid bzw. das Facharzt Diplom zum Facharzt für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde sind zwingend beizulegen.)

Hiermit bewerbe ich mich um die ausgeschriebene

Vertragszahnarztstelle in _____

I. Fragebogen

(Hinweis: Das vollständige Ausfüllen nachstehender Fragen ist auch in Ihrem Interesse unbedingt erforderlich, anderenfalls die Bewerbung nicht berücksichtigt wird! Auf die Anlage 3 „Reihungskriterien zu den Richtlinien für die Auswahl und Invertragnahme von Vertragszahnärzten“ – siehe unter www.bgld.zahnaerztekammer.at oder erhältlich bei der Landes Zahnärztekammer Burgenland - wird ausdrücklich verwiesen.)

1. Seit wann sind Sie als Facharzt für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde oder Zahnarzt in die Zahnärzteliste eingetragen?

Bei Fachärzten für ZMK:

In welchem Zeitraum haben Sie die Facharztausbildung absolviert?

2. Sind oder waren Sie in den letzten 5 Jahren wahlzahnärztlich tätig? ja nein

Wenn ja:

a) Wo? _____

b) Zeitraum/Dauer? _____

- c) Haben Sie neben der Wahlzahnarztstätigkeit eine weitere Beschäftigung ausgeübt bzw. standen Sie in einem Dienstverhältnis? ja nein

Wenn Ja: Art: _____

Dauer der Beschäftigung: _____

Beschäftigungsausmaß: _____

(Hinweis: Sämtliche Nebenbeschäftigungen/Dienstverhältnisse inkl. Beschäftigungsausmaß sind anzugeben!)

- d) Sind/waren Ordinationszeiten von mind. 10 Wochenstunden gegeben:

ja nein

3. Haben Sie in den letzten 5 Jahren eine Vertretungstätigkeit bei einem § 2-Kassenzahnarzt ausgeübt? ja nein

(Hinweis: Eine Anrechnung der Vertretungstätigkeit kann nur erfolgen, wenn eine Bestätigung darüber durch den vertretenen Zahnarzt, aus der der genaue Zeitraum [in Tagen] der Vertretung hervorgeht, beigefügt wird!)

4. Welche sonstigen fachlichen Qualifikationen (siehe Anlage 3A) haben Sie?

(Hinweis: Nachweise sind unbedingt beizulegen!)

5. Haben Sie Ihre zahnärztliche Tätigkeit durch Präsenz- oder Zivildienst, Mutterschutz, Karenz etc. oder aus sonstigen Gründen unterbrochen? ja nein

Wenn ja? Grund: _____

Dauer: _____

(Hinweis: Bestätigungen beilegen.)

6. Sagen Sie für den Fall der Invertragnahme die Errichtung eines barrierefreien Zuganges zur Ordination zu? ja nein

(Hinweis: Bei Zusage des barrierefreien Zuganges ist dieser binnen angemessener Frist ab Invertragnahme tatsächlich herzustellen. Die Frist beträgt grundsätzlich ein Jahr ab Invertragnahme, Abweichungen davon sind im Einvernehmen zwischen den Gesamtvertragsparteien zulässig. Wird der barrierefreie Zugang trotz Zusage nicht hergestellt, berechtigt dies den Krankenversicherungsträger zur Auflösung des Einzelvertrages.)

7. Ihre derzeitige zahnärztliche Tätigkeit (Dienstverhältnis(se), sonstige Tätigkeiten, Wochenstundenausmaß?

Hinweis: Falsche Angaben sowie die Nichteinhaltung einer im Zuge des Vergabeverfahrens nach diesen Richtlinien eingegangenen Verpflichtung, die in die Bewertung eines Bewerbers einfließen, können zum Ausschluss des Bewerbers vom Auswahlverfahren führen bzw. sind als Fehlen der Voraussetzungen zur Bestellung des Vertragszahnarztes im Sinne des § 343 Abs. 3 ASVG zu werten!

II. Erklärungen

1. Hiermit erkläre ich für den Fall der Invertragnahme rechtsverbindlich, dass ich umgehend – unter Beachtung gesetzlicher Kündigungsfristen etc. - meine sonstige zahnärztliche Tätigkeit(en) neben der kassenzahnärztlichen Tätigkeit auf das gemäß den vereinbarten Richtlinien zulässige Ausmaß (§ 9, grundsätzlich 10 Wochenstunden) einschränken werde und nehme zur Kenntnis, dass diese Einschränkung für die gesamte Laufzeit des Einzelvertrages gilt!
2. Die Richtlinien für die Auswahl und Invertragnahme von Vertragszahnärzten (verlautbart unter www.bglid.zahnaerztekammer.at oder bei der Landeszahnärztekammer Burgenland erhältlich) samt Anlagen habe ich zur Kenntnis genommen.

Datum

Unterschrift