

zu den Richtlinien für die Auswahl und Invertragnahme von Vertragskieferorthopäden (verlautbart unter <http://bglid.zahnaerztekammer.at>)

## Bewerbung

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**

**Vertragskieferorthopädiestelle im Bezirk \_\_\_\_\_**

## 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 Vertragskieferorthopäden“ – siehe unter <http://bglid.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 im Bereich der KFO wahlärztlich tätig?  
 ja       nein

Wenn ja:

a) Wo? \_\_\_\_\_

b) Zeitraum/Dauer? \_\_\_\_\_

- c) Haben Sie neben der Wahlärztztätigkeit 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!)**

3. Haben Sie in den letzten 5 Jahren eine Vertretungstätigkeit bei einem § 2-Kassenvertragskieferrorthopäden bzw. in einer KFO-Vertragsjobsharingpraxis ausgeübt?

ja       nein

**(Hinweis: Eine Anrechnung der Vertretungstätigkeit kann nur erfolgen, wenn eine Bestätigung darüber durch den vertretenen Vertragskieferrorthopäden/die KFO-Vertragsjobsharingpraxis, aus der der genaue Zeitraum der Vertretung hervorgeht, beigefügt wird!)**

4. Welche KFO Qualifikationen (siehe § 2 der Anlage 3) haben Sie?

---

---

---

---

**(Hinweis: Nachweise sind unbedingt beizulegen!)**

5. 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, führt dies zur Auflösung des Einzelvertrages.)**

6. Ihre derzeitige ärztliche 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 Vertragsarztes 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 ärztliche Tätigkeit(en) neben der kassenärztlichen 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 über die Auswahl und Invertragnahme von Vertragskieferorthopäden (verlautbart unter <http://bglid.zahnaerztekammer.at> oder bei der Landes Zahnärztekammer Burgenland erhältlich) samt Anlagen habe ich zur Kenntnis genommen.

---

Datum

---

Unterschrift