

**Antrag auf Aufnahme in die BewerberInnenliste gemäß § 3 Reihungsrichtlinien für die Auswahl der VertragsärztInnen:**

Ich stelle hiermit den Antrag auf Aufnahme in die öffentlich (Homepage der Ärztekammer für Salzburg) und nicht anonymisiert geführte BewerberInnenliste gemäß § 3 der Reihungsrichtlinien für die Auswahl von VertragsärztInnen als

- Ärztin/Arzt für Allgemeinmedizin**
  - Region Nord (Flachgau, Tennengau, Stadt Salzburg)\***
  - Region Süd (Pongau, Pinzgau, Lungau)\***

*\* Bitte Zutreffendes ankreuzen; wenn Sie sowohl in der Region Nord als auch in der Region Süd in der BewerberInnenliste geführt werden wollen, bitte beides ankreuzen.*

- Fachärztin/Facharzt für .....**

*(zutreffendes bitte ankreuzen, Mehrfacheintragungen sind möglich)*

Ich bestätige, dass mir der Inhalt des § 3 Abs. 5a bekannt ist und im Falle meiner konkreten Bewerbung um eine ausgeschriebene Kassenstelle für die Reihung grundsätzlich jene Nachweise Berücksichtigung finden,

1. die der ÄKS für die laufende Aktualisierung der BewerberInnenliste bereits vorgelegt worden sind, wobei
2. diese Nachweise nur dann Berücksichtigung finden, wenn sie längstens bis zum 1. April bzw. 1. Oktober in der ÄKS eingelangt sind (Eingangsstempel der ÄKS). Nicht rechtzeitig zum Stichtag gemeldete Nachweise finden für eine Bewerbung in diesem Zeitraum keine Berücksichtigung und erlangen erst ab dem nächsten Stichtag ihre Gültigkeit.

Ich lege meinem Antrag nachfolgende Unterlagen im Original bzw. als beglaubigte Kopien bei:

Dr. .... Geb. Name: .....

Postanschrift: .....

..... Telefon-Nr: .....

E-Mail: .....

Geb. am: ..... in: .....

Österr. StaatsbürgerIn seit: .....

Oder EWR Staatsangehörigkeit: .....

Promotion am: ..... in: .....

Nostrifikation am: ..... in: .....

Ärztin/Arzt für Allgemeinmedizin seit : .....

Fachärztin/Facharzt für ..... seit: .....

**Präsenz-, Zivil- oder Ausbildungsdienst:**

Nachweis durch Bescheinigung vom:.....

Nachweis der Untauglichkeit Bescheid vom: .....

**1.) Berufserfahrung als Ärztin/Arzt ab Beginn der beruflichen Tätigkeit (4.1. der Reihungsrichtlinie):**

(inkl. Ausbildung als angestellte/-r Ärztin/Arzt, Tätigkeit als niedergelassene/-r Ärztin/Arzt, Wohnsitzärztin/Wohnsitzarzt)

Anmerkung:

- Bei Tätigkeiten als angestellte/-r Ärztin/Arzt ist auch anzugeben und durch Beilage des Dienstvertrages nachzuweisen, ob die Tätigkeit im Rahmen eines Vollzeitdienstverhältnisses (mind. 35 Wochenstunden) oder im Rahmen eines Teilzeitdienstverhältnisses (mit einer Dienstverpflichtung von mindestens 17,5 Wochenstunden) erfolgte.
- WohnsitzärztInnen haben nachzuweisen, ob eine Vertretertätigkeit im Umfang von zumindest 35 Wochen p.a. bzw. von zumindest 20 Wochen p.a. vorliegt und daher eine Gleichstellung mit einer Tätigkeit als angestellte/-r Ärztin/Arzt f. AM bzw. FA im Rahmen eines Vollzeitdienstverhältnisses bzw. mit einer Tätigkeit als angestellte/-r Ärztin/Arzt f. AM bzw. FA ohne Vollzeitdienstverhältnisses gegeben ist.

als ..... von ..... bis .....

in:.....  Vollzeit  Teilzeit

als ..... von ..... bis .....

in:.....  Vollzeit  Teilzeit

als ..... von ..... bis .....

in:.....  Vollzeit  Teilzeit

als ..... von ..... bis .....

in:.....  Vollzeit  Teilzeit

als ..... von ..... bis .....

in:.....  Vollzeit  Teilzeit

als ..... von ..... bis .....

in:.....  Vollzeit  Teilzeit

als ..... von ..... bis .....

in:.....  Vollzeit  Teilzeit

als ..... von ..... bis .....

in:.....  Vollzeit  Teilzeit

als ..... von ..... bis .....

in:.....  Vollzeit  Teilzeit

als ..... von ..... bis .....

in:.....  Vollzeit  Teilzeit

als ..... von ..... bis .....

in:.....  Vollzeit  Teilzeit

als ..... von ..... bis .....

in:.....  Vollzeit  Teilzeit

**2.) Zusätzliche weitere ärztliche Tätigkeit(en) pro vollem Kalendermonat (4.2. der Reihungsrichtlinie):**

**a) Als Wahlärztin/Wahlarzt**

in:.....

von ..... bis .....

**b) Im Rahmen einer Lehrpraxis in (Nachweis durch Vorlage des Ausbildungszeugnisses):**

.....

von ..... bis .....

**3.) Praxisvertretungen/Notärztin/Notarzt (Bestätigungen der/-s vertretenen Ärztin/Arztes bzw. der Organisation in deren Rahmen der Notarztdienst absolviert wurde, mit genauer Angabe der Anzahl von Tagen sind als Nachweis beizulegen/gemäß Formular der Ärztekammer):**

a.) Als PraxisvertreterIn bei: .....

von ..... bis .....

**b.) Tätigkeit als Notärztin/Notarzt im organisierten Notarztdienstes:**

Als Notärztin/Notarzt in .....

von ..... bis .....

**4.) Zusätzliche fachliche Qualifikationen:**

**a) Anrechenbare Diplome der Österreichischen Ärztekammer: ( Nachweis mittels Kopie erforderlich )**

- |                              |       |
|------------------------------|-------|
| Akupunktur                   | seit: |
| Arbeitsmedizin               | seit: |
| Ernährungsmedizin            | seit: |
| Fortbildung                  | seit: |
| Geriatric                    | seit: |
| Homöopathie                  | seit: |
| Manuelle Medizin             | seit: |
| Neuraltherapie               | seit: |
| Palliativmedizin             | seit: |
| Psychosomatische Medizin     | seit: |
| Psychosoziale Medizin        | seit: |
| Psychotherapeutische Medizin | seit: |
| Schmerztherapie              | seit: |
| Sportmedizin                 | seit: |
| Notarzt                      | seit: |

Kur-, Präventivmedizin und Wellness seit:

ÖÄK Zertifikat Mammadiagnostik (nur für FÄ für Radiologie) seit:  
(= Voraussetzung für eine gültige [zu berücksichtigende] Bewerbung – siehe § 2 Z 1 der Reihungsrichtlinien)

b) Zusatzfachausbildung: (nur bei FÄ/Nachweis mittels Dekret)

Zusatzfach: ..... seit: .....

Zusatzfach: ..... seit: .....

Zusatzfach: ..... seit: .....

Zusatzfach: ..... seit: .....

c) Ausbildung in einem Sonderfach welches gem. Ärzteausbildungsordnung nicht auf die Ausbildung zur/zum Ärztin/Arzt für Allgemeinmedizin bzw. auf die Ausbildung zur/zum Fachärztin/Facharzt des ausgeschriebenen Sonderfaches anrechenbar ist:  
(durch Vorlage der Ausbildungszeugnisse)

als ..... von ..... bis ..... in:.....

als ..... von ..... bis ..... in:.....

als ..... von ..... bis ..... in:.....

Datum: ..... Unterschrift: .....

**Beilagen**