

Bewerbungsformular
zur Bewerbung um eine konkret ausgeschriebene Kassenplanstelle

Ich bewerbe mich um die ausgeschriebene Kassenplanstelle für einen

Ärztin/Arzt für Allgemeinmedizin/ Fachärztin/Facharzt für

in

und erkläre, dass ich im Falle der Invertragnahme zum Zeitpunkt des Vertragsbeginnes keine Nebenbeschäftigung ausüben werde, welche die Tätigkeit als Kassenvertragsärztin/-arzt wesentlich beeinträchtigt (*Anmerkung: Die Arbeit als § 2-Kassenvertragsärztin/-arzt beeinträchtigende Tätigkeiten sind insbesondere Tätigkeiten in ungekündigter bzw. unaufgelöster Stellung mit mehr als 10 Wochenstunden Arbeitsverpflichtung*)

und lege meiner Bewerbung nachfolgende Unterlagen im Original bzw. als beglaubigte Kopien bei:

Anmerkung:

Die nochmalige Vorlage von Unterlagen, die der Ärztekammer für Salzburg bereits im Zuge einer vorangegangenen Bewerbung oder im Zuge des Antrages um Aufnahme in die BewerberInnenliste im Original oder als beglaubigte Kopie vorgelegt wurden, ist nicht erforderlich!

Nicht rechtzeitig und nicht diesen Grundsätzen entsprechende Unterlagen können nicht berücksichtigt werden.

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/-arzt)

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

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/des 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

Als PraxisvertreterIn bei.....

von bis

Als PraxisvertreterIn bei:

von bis

Als PraxisvertreterIn bei:

von bis

Als PraxisvertreterIn bei:

von bis

Als PraxisvertreterIn bei:

von bis

Als PraxisvertreterIn bei:

von bis

Als PraxisvertreterIn bei:

von bis

b) Tätigkeit als Notärztin/Notarzt im organisierten Notarztdienst:

Als Notärztin/Notarzt in

von bis

Als Notärztin/Notarzt in.....

von bis

Als Notärztin/Notarzt in.....

von bis

Als Notärztin/Notarzt in.....

von bis

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) Habilitation (nur bei FÄ bei Nachweis der Habilitation im ausgeschriebenen Sonderfach durch Vorlage der Habilitationsurkunde):

Fach:..... Datum der Habilitation:.....
 Universität:

d) 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:.....

Behindertengerechter Zugang zur Praxis im Falle der Invertragnahme:

Ich erkläre mit dieser Bewerbung, mich ernsthaft zu bemühen, im Falle der Invertragnahme einen behindertengerechten Zugang zur Praxis nach den Bestimmungen der ÖNORM B1600 „Barrierefreies Bauen“ sowie der ÖNORM B 1601 „Spezielle Baulichkeiten für behinderte und alte Menschen“ bei Vertragsbeginn herzustellen.

Ich erkläre ausdrücklich mein Einverständnis, dass sämtliche Angaben und Daten auf diesem Bewerbungsbogen, sowohl die selbst ausgefüllten, sowie die in der Kammer aufliegenden und zur Bewertung der Bewerbung auf Grund der Reihungskriterien notwendigen Daten, an die Sozialversicherungsträger gemäß den gesamtvertraglichen Bestimmungen weitergegeben werden. In gleicher Weise bin ich einverstanden, dass diese Angaben und Daten

- gegebenenfalls von der Ärztekammer für Salzburg und den Sozialversicherungsträgern zur Begründung der BewerberInnenauswahl weitergegeben werden und
- in die öffentlich (Homepage der Ärztekammer für Salzburg) und nicht anonymisiert geführten BewerberInnenliste übernommen werden.

Datum:..... Unterschrift:

Beilagen