

BEWERBUNGSFRAGEBOGEN

(dient der Punkteberechnung gemäß der gesamtvertraglichen Vereinbarung betreffend Richtlinien für die Auswahl der Vertragszahnärzte – gemeinsame Niederlassungsrichtlinien der LZÄK für NÖ und der NÖGKK)

Ausgeschriebene Kassenplanstelle	
ID-Nr (Zahnarztnummer)	
Akademischer Grad, Vor- und Nachname	
Geburtsname	
Geburtsort und -datum / SozVersNr.	
Berufsbezeichnung	<input type="checkbox"/> Facharzt für ZMK <input type="checkbox"/> Zahnarzt
Datum des Erlangens der Berufsberechtigung	
Staatsbürgerschaft	<input type="checkbox"/> Österreichische Staatsbürgerschaft seit <input type="checkbox"/> Staatsbürgerschaft eines EWR/EU-Staates seit <input type="checkbox"/> Staatsbürgerschaft der Schweizerischen Eidgenossenschaft seit

<p style="text-align: center;">Kontakt</p> <p>(Diese Adresse dient der NÖGKK als Kontaktadresse für die Korrespondenz im Zuge der Bewerbung nach Ende der Bewerbungsfrist).</p>	<p>Zustelladresse</p> <p>.....</p> <p>Telefon/FAX</p> <p>mobTel</p> <p>E-Mail-Adresse</p>
<p style="text-align: center;">Familienstand</p>	<p><input type="radio"/> ledig</p> <p><input type="radio"/> geschieden seit</p> <p><input type="radio"/> verwitwet seit</p> <p><input type="radio"/> verheiratet seit</p> <p style="padding-left: 40px;">mit</p>
<p style="text-align: center;">Kinder</p>	<p>Name geb. am</p>
<p style="text-align: center;">Präsenz- bzw. Zivildienst</p>	<p><input type="radio"/> Nachweis des abgeleisteten Präsenz- bzw. Zivildienstes</p> <p style="padding-left: 40px;">Bescheid vom</p> <p><input type="radio"/> Nachweis der Untauglichkeit</p> <p style="padding-left: 40px;">Bescheid vom</p>
<p style="text-align: center;">Datum der Eintragung in die Bewerberliste</p>	
<p style="text-align: center;">bisherige Bewerbungen um Einzelverträge in NÖ</p> <p>(bei den angeführten Bewerbungen handelt es sich um Bewerbungen nach dem 1.1.2005)</p>	<p>1.</p> <p>2.</p> <p>3.</p> <p>4.</p> <p>5.</p>

<p style="text-align: center;">gültige Fortbildungsdiplome der ÖZÄK</p>	<p style="text-align: center;"><u>Fortbildungsdiplom</u></p> <p><input type="checkbox"/> Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde</p> <p><input type="checkbox"/> Kieferorthopädie</p> <p><input type="checkbox"/> Implantologie</p> <p><input type="checkbox"/> Laseranwendung</p> <p><input type="checkbox"/> Gerostomatologie</p> <p><input type="checkbox"/> Komplementärverfahren in der Zahnheilkunde</p> <p><input type="checkbox"/> zahnärztliche Hypnose und Kommunikation</p> <p><input type="checkbox"/> (sonstige bitte angeben)</p>	<p style="text-align: center;"><u>Auslaufdatum</u></p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p>
<p style="text-align: center;">Barrierefreier Zugang zur Ordination</p>	<p>Im Zusammenhang mit der gegenständlichen Bewerbung erkläre ich, im Falle einer Invertragnahme mich ernsthaft zu bemühen, einen behindertengerechten Zugang zur Praxis nach den Bestimmungen der ÖNORM B 1600 „Barrierefreies Bauen“ sowie der ÖNORM B 1601 „Spezielle Baulichkeiten für behinderte und alte Menschen“ bei Vertragsbeginn oder innerhalb einer angemessenen Frist nach Vertragsbeginn zu schaffen.</p> <p style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein</p>	
<p style="text-align: center;">Berufserfahrung</p> <p style="text-align: center;">als</p> <p style="text-align: center;"><u>niedergelassener Zahnarzt</u></p> <p>(Wahlzahnarzt oder Zahnarzt mit Kassenvertrag)</p>	<p><input type="checkbox"/> von bis</p> <p>in</p> <p>(<input type="checkbox"/> 20 oder mehr Wochenstunden, <input type="checkbox"/> unter 20 Wochenstunden)</p> <p><input type="checkbox"/> von bis</p> <p>in</p> <p>(<input type="checkbox"/> 20 oder mehr Wochenstunden, <input type="checkbox"/> unter 20 Wochenstunden)</p> <p><input type="checkbox"/> von bis</p> <p>in</p> <p>(<input type="checkbox"/> 20 oder mehr Wochenstunden, <input type="checkbox"/> unter 20 Wochenstunden)</p> <p><input type="checkbox"/> von bis</p> <p>in</p> <p>(<input type="checkbox"/> 20 oder mehr Wochenstunden, <input type="checkbox"/> unter 20 Wochenstunden)</p>	

Berufserfahrung
als
angestellter Zahnarzt

**(WICHTIG:
Bestätigung/en vom
Dienstgeber ist/sind
beizulegen)**

O von bis
in
(20 oder mehr Wochenstunden, unter 20 Wochenstunden)

O von bis
in
(20 oder mehr Wochenstunden, unter 20 Wochenstunden)

O von bis
in
(20 oder mehr Wochenstunden, unter 20 Wochenstunden)

O von bis
in
(20 oder mehr Wochenstunden, unter 20 Wochenstunden)

Berufserfahrung
als
Vertretungszahnarzt

(Bestätigungen über die genaue Anzahl der Vertretungstage erforderlich)

Vertretungen bei folgenden Zahnärzten	Ordinationsadresse	Anzahl der Vertretungstage
Gesamtanzahl der Vertretungstage		

**besondere
Anmerkungen**

(besondere Gründe für die Bewerbung um die konkrete Planstelle, weitere Qualifikationen, Fremdsprachen etc.)

Ich bestätige, alle Angaben wahrheitsgemäß und nach bestem Wissen und Gewissen gemacht zu haben und nehme zur Kenntnis, dass nur ein vollständig und korrekt ausgefüllter Fragebogen EDV-mäßig erfasst und einer Bewertung auf Basis der Niederlassungsrichtlinien zugeführt werden kann.

Ort, Datum

Unterschrift