

BEWERBUNGSFRAGEBOGEN

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

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 <u>ÖGK</u> 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>mit</p>
<p style="text-align: center;">Kinder</p>	<p>Name geb. am</p> <p>Name geb. am</p> <p>Name geb. am</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>Bescheid vom</p> <p><input type="radio"/> Nachweis der Untauglichkeit</p> <p>Bescheid vom</p> <p><input type="radio"/> keine Wehrpflicht im Ursprungsland</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"/></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>Berufserfahrung</p> <p style="text-align: center;">als</p> <p>niedergelassener <u>Zahnarzt</u></p> <p>(Wahlzahnarzt oder Zahnarzt mit Kassenvertrag)</p> <p>_____</p>	<p><input type="checkbox"/> von bis</p> <p style="padding-left: 40px;">in</p> <p style="padding-left: 40px;">(<input type="radio"/> 20 oder mehr Wochenstunden, <input type="radio"/> unter 20 Wochenstunden)</p> <p><input type="checkbox"/> von bis</p> <p style="padding-left: 40px;">in</p> <p style="padding-left: 40px;">(<input type="radio"/> 20 oder mehr Wochenstunden, <input type="radio"/> unter 20 Wochenstunden)</p> <p><input type="checkbox"/> von bis</p> <p style="padding-left: 40px;">in</p> <p style="padding-left: 40px;">(<input type="radio"/> 20 oder mehr Wochenstunden, <input type="radio"/> unter 20 Wochenstunden)</p> <p><input type="checkbox"/> von bis</p> <p style="padding-left: 40px;">in</p> <p style="padding-left: 40px;">(<input type="radio"/> 20 oder mehr Wochenstunden, <input type="radio"/> 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, unter 10 Wochenstunden)

Berufserfahrung als <u>Vertretungszahnarzt</u> bzw. <u>Tätigkeit im Rahmen</u> <u>eines JobSharings</u> (Bestätigungen über die genaue Anzahl der Vertretungstage)	Vertretungen bei folgenden Zahnärzten	Ordinationsadresse	Anzahl der Vertretungstage
		Gesamtanzahl der Vertretungstage	

<p style="text-align: center;">besondere Anmerkungen</p> <p>(besondere Gründe für die Bewerbung um die konkrete Planstelle, weitere Qualifikationen, Fremdsprachen etc.)</p>	
<p>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.</p>	
<p style="text-align: center;">Ort, Datum</p>	
<p style="text-align: center;">Unterschrift</p>	