

BEWERBUNGSFRAGEBOGEN - KFO

(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 KFO	Versorgungsregion:..... Präferenzbezirk:.....
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 ÖGK 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>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 style="padding-left: 40px;">Bescheid vom</p> <p><input type="radio"/> Nachweis der Untauglichkeit</p> <p style="padding-left: 40px;">Bescheid vom</p> <p><input type="radio"/> keine Wehrpflicht im Ursprungsland</p>
<p style="text-align: center;">Datum der Eintragung in die Bewerberliste KFO</p>	
<p style="text-align: center;">20 Fälle (IOTN 1-5)</p>	<p>Ich lege 20 Multibracket-Behandlungsfälle (IOTN 1-5), die ich in den letzten drei Jahren abgeschlossen habe und bei denen eine Verbesserung durch die Behandlung von durchschnittlich mindestens 70%, bezogen auf alle diese Fälle, bewirkt wurde, bei. Diese Fälle wurden im Rahmen der selbständigen Berufsausübung (§ 23 ZÄG) persönlich geplant, durchgeführt und dokumentiert.</p> <p style="text-align: center;"><input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein</p> <p><u>Alternativ:</u> Ich bin bereits als qualifizierter Wahlkieferorthopäde in Österreich registriert und habe die entsprechenden Fallunterlagen bereits bei der Sozialversicherung vorgelegt.</p> <p style="text-align: center;"><input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein</p>

<p>bisherige Bewerbungen um Einzelverträge in NÖ</p> <p>(bei den angeführten Bewerbungen handelt es sich um Bewerbungen nach dem 1.4.2015)</p>	<p>1.</p> <p>2.</p> <p>3.</p> <p>4.</p> <p>5.</p>
<p>Fachliche Qualifikation</p>	<p><input type="checkbox"/> Habilitation im Bereich der KFO</p> <p><input type="checkbox"/> Ausbildung zum Fachzahnarzt für KFO + 3 Jahre Schwerpunkttätigkeit in der KFO</p> <p><input type="checkbox"/> 3-jährige klinisch-universitäre Ausbildung im Bereich KFO</p> <p><input type="checkbox"/> Nachweis der Befähigung nach den Richtlinien des European Board of Orthodontists (EBO) oder Austrian Board of Orthodontists (ABO)</p> <p><input type="checkbox"/> Entsprechende postgraduale Ausbildung in der KFO (zB Master of science KFO)</p> <p><input type="checkbox"/> Gleichwertige Weiterbildung im EU-Inland bzw. Ausland</p> <p><input type="checkbox"/> gültiges Fortbildungsdiplom KFO der ÖZÄK (Auslaufdatum:)</p>
<p>Ordinations-räumlichkeiten</p>	<p>Im Zusammenhang mit der gegenständlichen Bewerbung bestätige ich, im Falle einer Invertragnahme, dass in der ausgeschriebenen Versorgungsregion in NÖ bereits Ordinationsräume bestehen.</p> <p style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein</p>
<p>BERUFSERFAHRUNG</p> <p>Versorgungswirksamkeit in der Zukunft</p> <p>Bis zum Erreichen der in § 342 Abs. 1 Z 10 ASVG vorgesehenen Altersgrenze (wie lange wird der Kassenvertrag voraussichtlich bestehen)</p>	<p><input type="checkbox"/> von bis voraussichtlich.....</p> <p>in</p>
<p>BERUFSERFAHRUNG</p> <p>Versorgungswirksamkeit in der Vergangenheit</p> <p>Durch eine Niederlassung in der Versorgungsregion, für die der KFO Einzelvertrag ausgeschrieben wurde. (bisherige Versorgungswirksamkeit im Bereich KFO am Ordinationsstandort)</p>	<p><input type="checkbox"/> von bis</p> <p>in</p> <p><input type="checkbox"/> von bis</p> <p>in</p> <p><input type="checkbox"/> von bis</p> <p>in</p>

BERUFSERFAHRUNG

Anstellung in einer
Krankenanstalt mit
kieferorthopädischem
Schwerpunkt

O von bis

in

O von bis

in

O von bis

in

BERUFSERFAHRUNG

als

Vertretungszahnarzt

bzw.

Tätigkeit im Rahmen
eines JobSharings

**bei einem KFO-
Vertragsbehandler
bzw. einem
registrierten
Wahlkieferorthopäden**

(Bestätigungen über die
genaue Anzahl der
Vertretungstage)

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