

**BEWERBUNGSBOGEN**  
**für die Bewerbung um eine**  
**ausgeschriebene §-2-Planstelle für einen**  
**Facharzt für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde / Zahnarzt**  
**in der Steiermark**

Ich bewerbe mich um die in der „Österreichischen Zahnärztezeitung“ (ÖZZ) ausgeschriebene(n) Kassenplanstelle(n) für einen Facharzt für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde / Zahnarzt

in .....

.....

.....

.....

**Die folgenden Angaben sind durch Kopien zu belegen. Werden Angaben nicht oder nicht ausreichend vor Ablauf der Bewerbungsfrist durch entsprechende Dokumente belegt, finden diese bei der Punkteberechnung keine Berücksichtigung.**

**Urkunden, die nicht in deutscher Sprache verfasst sind, ist eine beglaubigte Übersetzung beizuschließen.**

**1. Persönliche Daten**

**(Dokumente in Kopie sind nur dann vorzulegen, wenn Sie kein der Landes Zahnärztekammer für Steiermark oder einer anderen Landes Zahnärztekammer in Österreich zugeordnetes ordentliches Kammermitglied sind, siehe unter Punkt 7)**

**Geschlecht:**             männlich             weiblich

Titel: ..... Familienname: .....

Vorname: .....

Geburtsname:..... Geb. Datum: .....

Staatsangehörigkeit:..... seit: .....

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

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

Facharzt für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde seit: .....

Zahnarzt seit:.....

Postanschrift:.....

.....

Tel.Nr..... FAX:..... E-Mail:.....

**2. Angestellte Tätigkeiten als Facharzt für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde / Zahnarzt**

*(Bestätigungen des Dienstgebers mit dem Wochenstundenausmaß.*

*Für eine Tätigkeit außerhalb von Österreich eine Bestätigung der jeweils zuständigen Behörde über die Tätigkeit als selbständig berufsberechtigter angestellter Zahnarzt)*

angestellt / beschäftigt bei	von	bis	Wochenstunden

**3. Niederlassung als Wahlfacharzt für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde / Wahlzahnarzt und / oder §-2-Kassenvertragsfacharzt für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde / Vertragszahnarzt**

**(Folgende Dokumente in Kopie sind nur dann vorzulegen, wenn Sie kein der Landes Zahnärztekammer für Steiermark oder einer anderen Landes Zahnärztekammer in Österreich zugeordnetes ordentliches Kammermitglied sind:**

***Für eine Tätigkeit außerhalb von Österreich eine Bestätigung der jeweils zuständigen Behörde über die Tätigkeit als selbständig berufsberechtigter niedergelassener Zahnarzt und / oder eine Bestätigung über die Tätigkeit als Vertragszahnarzt einer Gebietskrankenkasse oder einer vergleichbaren Krankenversicherungsanstalt innerhalb des Staatsgebietes einer der Vertragsparteien des Europäischen Wirtschaftsraumes, der Schweizerischen Eidgenossenschaft oder eines Assoziationsstaates)***

Niederlassungsort als Wahlfacharzt für ZMK / Wahlzahnarzt	von	bis
Niederlassungsort als Kassenvertragsfacharzt für ZMK / Vertragszahnarzt	von	bis

#### **4. Vertretungszeiten (siehe beiliegendes Formular)**

***(Verwendung des beiliegenden Formulars für Bestätigungen des Facharztes für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde / Zahnarztes, in dessen Ordination die Vertretung statt gefunden hat unter Angabe der einzelnen Vertretungstage mit dem jeweiligen Stundenausmaß des Vertretungstages. Bewerber, die nicht der Landes Zahnärztekammer für Steiermark oder einer anderen Landes Zahnärztekammer in Österreich zugeordnete ordentliche Kammermitglieder sind, müssen eine Bestätigung über die Vertretungszeiten der zuständigen Behörde beilegen)***

Vertretungstätigkeit bei	von	bis	Anzahl der Vertretungstage

Vertretungstätigkeit bei	von	bis	Anzahl der Vertretungstage

**5. Zusätzliche fachliche Qualifikation (Anrechnung finden beigelegte Bestätigungen, die das geleistete Punkte- oder Stundenausmaß ausweisen; etwaige DFP, ZFP und Diplome bitte ebenfalls in Kopie beilegen)**

Bestätigungen über besuchte Veranstaltungen, **aus denen das absolvierte Stundenausmaß einwandfrei ableitbar ist.**

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

**Weitere abgeschlossene Ausbildungen** (z.B. Arzt für Allgemeinmedizin oder Facharzt) (*bitte die Diplome in Kopie beilegen*)

- Arzt für Allgemeinmedizin
- Facharzt für .....

**Vollzeitanstellung als Assistent an einer Universitätsklinik f. Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde in einem Vertragsstaat des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum, der Schweizerischen Eidgenossenschaft oder eines Assoziationsstaates**

*(bitte um Vorlage von Bestätigungen des Dienstgebers mit dem Wochenstundenausmaß)*

Vollzeitanstellung / beschäftigt bei	von	bis	Wochenstunden

**Hospitation von Zahnmedizinstudenten**

*(Vorlage von Bestätigungen der Einrichtungen, wo die Hospitation erbracht wurde mit dem Tages / Wochenstundenausmaß)*

hospitiert bei	von	bis	Wochenstunden

## **6. Behindertengerechter Zugang**

Behindertengerechter Zugang zur Arztpraxis gemäß ÖNORM B 1600 „Barrierefreies Bauen“ und B 1601 „Spezielle Baulichkeiten für behinderte und alte Menschen“.

- Ich habe bereits eine Zahnarztpraxis mit behindertengerechtem Zugang am Ort der ausgeschriebenen Planstelle.*
- Ich erkläre, mich ernsthaft zu bemühen, bei Zuerkennung einer §-2-Kassenplanstelle ab Vertragsbeginn bzw. innerhalb einer angemessenen Frist einen behindertengerechten Praxiszugang zu schaffen.*

.....  
Datum

.....  
Unterschrift

## **7. Ergänzende Unterlagen für Bewerber, die nicht der Landes Zahnärztekammer für Steiermark oder einer anderen Landes Zahnärztekammer in Österreich zugeordnete ordentliche Kammermitglieder sind**

- Staatsbürgerschaftsnachweis
- Promotionsbestätigung
- Nostrifikationsbescheid
- Diplom für einen Facharzt für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde oder Nachweis über das erworbene Doktorat der Zahnheilkunde oder ein in einem EWR-Staat oder der Schweiz erworbener zahnärztlicher Qualifikationsnachweis bzw. Ausbildungsnachweise zur selbständigen Ausübung des zahnärztlichen Berufes in Österreich (z.B. Approbationsurkunde),
- Auszug aus dem Strafregister (nicht älter als drei Monate)
- Bestätigung über die gesundheitliche Eignung (nicht älter als drei Monate)

***Urkunden und Bestätigungen, die nicht in deutscher Sprache verfasst sind, ist eine beglaubigte Übersetzung beizuschließen.***

**Mit meiner Unterschrift bestätige ich die Richtigkeit und Vollständigkeit meiner Angaben.**

*Ich erkläre ausdrücklich mein Einverständnis, dass sämtliche Angaben und Daten auf diesem Bewerbungsbogen, sowohl die selbst ausgefüllten als auch 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 Landes Zahnärztekammer für Steiermark und den Sozialversicherungsträgern zur Begründung der Bewerberauswahl weitergegeben werden.*

.....  
Datum

.....  
Unterschrift

.....  
.....  
.....

Tel.Nr.....

Name und Adresse des Facharztes für ZMK / ZA,  
der vertreten wurde

## **BESTÄTIGUNG ÜBER VERTRETUNGSZEITEN**

Ich bestätige, dass Frau / Herr Dr. / Dr. med. dent. ....

.....  
(Name und Adresse des FA für ZMK / ZA, der vertreten hat)

in meiner Ordination an folgenden Tagen vertreten hat.

Insgesamt sind das

.....**Vertretungstage.**

=====

(Jeder Vertretungstag ist einzeln einzutragen)

<b>Datum des Vertretungstages</b>	<b>Stundenausmaß des Vertretungstages</b>

Datum des Vertretungstages	Stundenausmaß des Vertretungstages

Mit freundlichen Grüßen

.....  
*Unterschrift des Facharztes für ZMK / ZA, der vertreten wurde*