

BEWERBUNGSBOGEN
für die Bewerbung um eine ausgeschriebene
KFO-Planstelle
nach dem Gesamtvertrag Kieferorthopädie (KFO-GV) für
Leistungen nach § 153a ASVG (§94aGSVG, § 95a BSVG,
§ 69a B-KUVG) für einen
Facharzt für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde / Zahnarzt
in der Steiermark

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

im Bezirk / in den Bezirken

.....

.....

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

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

1. Persönliche Daten

(Dokumente zu persönlichen Daten 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 6)

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. Erforderliche Qualifikationen nach § 25 Abs 1 lit a bis h KFO-GV

Der Bewerber hat zumindest eine der folgenden Qualifikationen nachzuweisen:

(Zutreffendes bitte ankreuzen)

- Habilitation im Bereich der Kieferorthopädie (KFO) oder
- Ausbildung zum Fachzahnarzt für Kieferorthopädie (mit entsprechender Ausbildung im EU-Inland und Ausland) oder
- 3-jährige klinisch-universitäre Vollzeit-Ausbildung im Bereich KFO oder
- Nachweis der Befähigung nach den Richtlinien des Austrian Board of Orthodontists (ABO) oder European Board of Orthodontists (EBO) oder
- entsprechende postgraduale Ausbildung in der KFO (zB MSc) oder
- zahnärztliches Fortbildungsdiplom mit dem Zusatz „Kieferorthopädie“ der Österreichischen Zahnärztekammer bzw. vormals Österreichischen Ärztekammer (Bundeskurie Zahnärzte) oder
- gleichwertige Ausbildung im EU-Inland bzw. Ausland.

Qualifikationen sind durch entsprechende Diplome bzw. Verleihungsurkunden, die Habilitation durch die bescheidmäßige Erteilung der Lehrbefugnis, die Befähigung nach ABO bzw. EBO durch Nachweis der Mitgliedschaft, zu belegen.

Qualifikationen, welche schon im Zuge des Reihungsantrages der Kammer übermittelt wurden, brauchen nicht neuerlich vorgelegt werden.

Nachweis der 20 Multibracket-Behandlungsfälle

Fall	Behandlungsbeginn	Behandlungsende	Verbesserung nach PAR Index in %
1			
2			
3			
4			
5			
6			
7			
8			
9			
10			
11			
12			
13			
14			
15			
16			
17			
18			
19			
20			

arithmetisches Mittel
aus allen Indizes

Ich bestätige hiermit die messtechnische und rechnerische Richtigkeit und Korrektheit des in Prozent ausgedrückten Wertes der angegebenen Indexzahlen und des errechneten Mittelwertes sowie die selbständige Diagnose, die selbständige therapeutische Behandlung sowie die selbständige Durchführung der gesamten Behandlung.

Weiters erkläre ich hiermit in der Lage zu sein, getrimmte und gesockelte Modelle vor Behandlungsbeginn und zu Behandlungsende, Gesichts- und Intraoralfotos jeweils vor Behandlungsbeginn und zu Behandlungsende sowie OPG und Fernröntgen seitlich vor Behandlungsbeginn im Anlassfall innerhalb dreier Werktage zur Verfügung stellen zu können.

.....
Datum

.....
Unterschrift

3. Angabe des zeitlichen Ausmaßes der Ausübung kieferorthopädischer Tätigkeit

a) Angestellte Tätigkeiten als Facharzt für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde / Zahnarzt

(Bestätigungen des Dienstgebers mit dem Wochenstundenausmaß und der Angabe der Abteilung.

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

b) Niederlassung als Wahlfacharzt für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde / Wahlzahnarzt und / oder §-2-Kassenvertragsfacharzt für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde / Vertragszahnarzt

(Folgende Dokumente 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	Wochenstunden
Niederlassungsort als Kassenvertragsfacharzt für ZMK / Vertragszahnarzt	von	bis	Wochenstunden

c) 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

4. Angabe der Anzahl von laufenden, festsitzenden Multibracket-Behandlungsfällen

Ich erkläre hiermit laufende, festsitzende Multibracket-Behandlungsfälle, die ich im vorausgegangenen Kalenderjahr im Rahmen der selbständigen Berufsausübung (§ 23 Zahnärztegesetz) persönlich geplant, durchgeführt und dokumentiert habe im Anlassfall der Kammer und dem Krankenversicherungsträger vorweisen zu können.

.....
Datum

.....
Unterschrift

5. 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

6. Ergänzende Unterlagen für Bewerber, die nicht der Landeszahnärztekammer für Steiermark oder einer anderen Landeszahnärztekammer 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),

- Bestätigung über die gesundheitliche Eignung (nicht älter als drei Monate)
- Auszug aus dem Strafregister (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)

Datum des Vertretungstages	Stundenausmaß des Vertretungstages

