



KFO - REIHUNGSANTRAG

nach den Richtlinien für die Auswahl von
Vertragskieferorthopäden und Vertragsgruppenpraxen
für Leistungen gemäß § 153a ASVG
(§ 94a GSVG, § 95a BSVG, § 96a B-KUVG)

der Landes Zahnärztekammer für Steiermark und den KFO-GV -
Krankenversicherungsträgern

Titel:

Familienname:

Vorname:

Anschrift:



Ich bin der Landes Zahnärztekammer in (*bitte Bundesland angeben*) **zugeordnetes ordentliches Mitglied.**
(bitte nur dann auszufüllen, wenn nicht der Landes Zahnärztekammer für Steiermark zugeordnetes ordentliches Mitglied)

Facharzt für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde

Zahnarzt
(*bitte zutreffendes ankreuzen*)

Ausbildungsende:

(=Nachweis über das erworbene Doktorat der Zahnheilkunde oder ein in einem EWR-Staat oder der Schweiz erworbener zahnärztlicher Qualifikationsnachweis)

Niederlassungsort:

(*wenn zum Zeitpunkt der Reihung bereits eine Niederlassung besteht*)

Niederlassungsdatum:

(*wenn zum Zeitpunkt der Reihung bereits eine Niederlassung besteht*)

§-2-Kassenvertragsbeginn:

(*wenn zum Zeitpunkt der Reihung bereits ein §-2-Kassenvertrag vorhanden ist*)

Qualifikation(en) gemäß § 25 Abs 1 lit a bis g KFO-GV:

(=Nachweis von zumindest einer Qualifikation unter Angabe des Datums des Abschlusses. Für die Reihung gilt das früheste Datum einer der nachfolgenden Qualifikationen:

Qualifikation	Datum des Abschlusses
<input type="checkbox"/> Habilitation im Bereich der Kieferorthopädie (KFO)	
<input type="checkbox"/> Ausbildung zum Fachzahnarzt für Kieferorthopädie (mit entsprechender Ausbildung im EU-Inland und Ausland)	
<input type="checkbox"/> 3-jährige klinisch-universitäre Vollzeit-Ausbildung im Bereich KFO	
<input type="checkbox"/> Nachweis der Befähigung nach den Richtlinien des Austrian Board of Orthodontists (ABO) oder des European Board of Orthodontists (EBO)	
<input type="checkbox"/> entsprechende postgraduale Ausbildung in der KFO (zB MSc)	
<input type="checkbox"/> Fortbildungsnachweis (Fortbildungsdiplom KFO der ÖZÄK bzw. vormals der ÖÄK – Bundeskurie Zahnärzte)	
<input type="checkbox"/> 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.

Ich lasse mich für folgende Versorgungsregionen reihen

(zutreffendes bitte ankreuzen):

Zur Erklärung: Fachärzte für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde / Zahnärzte mit oder ohne §-2-Kassenvertrag können sich in maximal 2 Reihungslisten eintragen lassen;

- Graz:**
Diese umfasst die Bezirke Graz und Graz-Umgebung
- Liezen:**
Diese umfasst den Bezirk Liezen
- Östliche Obersteiermark:**
Diese umfasst die Bezirke Leoben und Bruck-Mürzzuschlag (ehemalige Bezirke *Bruck/Mur und Mürzzuschlag*)
- Westliche Obersteiermark:**
Diese umfasst die Bezirke Murau und Murtal (ehemalige Bezirke *Knittelfeld und Judenburg*)

Oststeiermark:

Diese umfasst die Bezirke Hartberg-Fürstenfeld (ehemalige Bezirke Hartberg und Fürstenfeld), Weiz und Südoststeiermark (ehemalige Bezirke Feldbach und Radkersburg)

West- und Südsteiermark:

Diese umfasst die Bezirke Voitsberg, Deutschlandsberg und Leibnitz

Ich gebe folgenden Präferenzbezirk an:

.....

Zur Erklärung: Es besteht die Möglichkeit in einer Versorgungsregion einen Präferenzbezirk anzugeben.

- ✓ Die Eintragung in die Reihungsliste(n) kann frühestens mit dem Tag des Abschlusses einer der in § 25 Abs 1 lit a bis g KFO-GV genannten Qualifikationen erfolgen.

Ich bestätige, dass ich zur selbständigen Ausübung des zahnärztlichen Berufes als Facharzt für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde oder Zahnarzt in Österreich berechtigt bin sowie über zumindest eine der in § 25 Abs 1 lit a bis g KFO-GV aufgezählten Qualifikationen verfüge. Mit der Einreichung dieses Reihungsantrages sind von Antragstellern, die nicht als ordentliche Mitglieder der Landes Zahnärztekammer für Steiermark zugeordnet sind, folgende zusätzliche Unterlagen vorzulegen:

- Staatsbürgerschaftsnachweis
- Diplom für einen Facharzt für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde bzw. 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, Nostrifikationsbescheid)
- Bestätigung über die gesundheitliche Eignung (nicht älter als drei Monate; sofern nicht in deutscher Sprache ausgestellt, ist eine beglaubigte Übersetzung vorzulegen)
- Auszug aus dem Strafregister (nicht älter als drei Monate; sofern nicht in deutscher Sprache ausgestellt, ist eine beglaubigte Übersetzung vorzulegen)

- ✓ Die Reihungslisten sind für Kammermitglieder, für alle gereihten Fachärzte für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde / Zahnärzte und die Versicherungsträger öffentlich. Sie können während der Öffnungszeiten der Kammer jederzeit eingesehen werden. Dem Geschäftsausschuss der Versicherungsträger werden auf Verlangen periodisch Abschriften der Listen übermittelt. Ich erteile ausdrücklich meine Zustimmung, dass meine Daten in den Reihungslisten von den genannten Einsichtsberechtigten eingesehen werden können.
- ✓ Die Kammer kann für die Führung der Reihungslisten von den gereihten Fachärzten für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde / Zahnärzten einen jährlichen Verwaltungskostenbeitrag verlangen. Die Nichtentrichtung dieses Beitrages führt zur Streichung aus der (den) Reihungsliste(n). Für ordentliche Kammerangehörige, die der Landeszahnärztekammer für Steiermark zugeordnet sind, ist der Verwaltungskostenbeitrag im Kammerbeitrag enthalten.
- ✓ Bei Zuerkennung einer Planstelle werde ich ein allfälliges Angestelltenverhältnis innerhalb eines Zeitraumes von 3 Monaten ab deren Zuerkennung beenden, sofern dieses Dienstverhältnis mehr als 20 Wochenstunden aufweist.
- ✓ Bei Zuerkennung eines KFO-Einzelvertrages mit den KFO-GV Krankenversicherungsträgern oder eines vergleichbares Vertragsverhältnisses außerhalb der Steiermark, erfolgt mit dem Zeitpunkt des Inkrafttretens des Vertragsverhältnisses eine Streichung aus allen Reihungslisten. Der Beginn des Vertragsverhältnisses außerhalb der Steiermark ist vom Gereihten unaufgefordert nachzuweisen.
- ✓ Mit meiner Unterschrift erkläre ich, dass ich die Bestimmungen der Richtlinien zur Kenntnis nehme und die von mir gemachten Angaben der Wahrheit entsprechen.
- ✓ Ich bin damit einverstanden, dass meine Telefonnummer an Fachärzte für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde / Zahnärzte weitergegeben werden kann, die mit den Gereihten Kontakt aufnehmen möchten.

Alle Unterlagen sind im Original oder beglaubigter Abschrift bzw. bei Dokumenten, welche nicht in deutscher Sprache ausgestellt sind, in beglaubigter deutscher Übersetzung vorzulegen.

.....

Datum

.....

Unterschrift