

**An die  
Landes Zahnärztekammer für Steiermark  
Marburger Kai 51 / 2  
8010 Graz  
Fax: 050511 8080  
E-Mail: [office@stmk.zahnaerztekammer.at](mailto:office@stmk.zahnaerztekammer.at)**

**zur Weiterleitung an die Steiermärkische Gebietskrankenkasse**

<b>Bekanntgabe des Jobsharings wegen Erkrankung</b>
---

**Persönliche Daten des Vertragsfacharztes für ZMK / Vertragszahnarztes**

Titel: \_\_\_\_\_

Familien- und Vorname: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Ordinationsadresse: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

aktuelle Nebenbeschäftigungen: \_\_\_\_\_

Telefon / Handynummer: \_\_\_\_\_

Fax: \_\_\_\_\_

E-Mail: \_\_\_\_\_

*Soweit in diesem Formular personenbezogene Bezeichnungen angeführt sind, beziehen sich diese auf Frauen und Männer in gleicher Weise*

## Persönliche Daten des Jobsharingpartners

Berufsbezeichnung:  Zahnärztin  Zahnarzt  
(Zutreffendes bitte ankreuzen)

Titel: \_\_\_\_\_

Familien- und Vorname: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Adresse (allfällige Ordinationsadresse): \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Telefon / Handynummer: \_\_\_\_\_

Fax: \_\_\_\_\_

E-Mail: \_\_\_\_\_

Ich bin in der Zahnärzteliste der Österreichischen Zahnärztekammer geführt als:  
(Zutreffendes bitte ankreuzen)

- Wohnsitzzahnarzt
- angestellter Zahnarzt
- niedergelassener Wahlzahnarzt \*)

**\*) bei niedergelassenen Jobsharingpartnern:**

*Die Mitteilung zur Beendigung der Niederlassung sowie die Kopie der Rücklegung allfälliger „Kleiner Kassen“ durch den Jobsharingpartner sind der Landes Zahnärztekammer vor Beginn des Jobsharings zu übermitteln.*

Beginn des Jobsharings (Quartalsbeginn): \_\_\_\_\_

Ende des Jobsharings (Quartalsende): \_\_\_\_\_

**Gemeldete Ordinationszeiten** des Vertragsfacharztes für ZMK /Vertragszahnarztes:

MO: \_\_\_\_\_ DO: \_\_\_\_\_  
DI: \_\_\_\_\_ FR: \_\_\_\_\_  
MI: \_\_\_\_\_ SA: \_\_\_\_\_

**Der Vertragsfacharzt für ZMK/Vertragszahnarzt verpflichtet sich gemäß § 3 (2) der Jobsharing - Vereinbarung mindestens 50% der vereinbarten Ordinationszeiten persönlich zu erbringen.**

**Aufteilung der Ordinationszeiten** zwischen Vertragsfacharzt für ZMK /  
Vertragszahnarzt und Jobsharingpartner:

**Vertragsfacharzt für ZMK/Vertragszahnarzt**

**Jobsharingpartner**

MO: \_\_\_\_\_ MO: \_\_\_\_\_  
DI: \_\_\_\_\_ DI: \_\_\_\_\_  
MI: \_\_\_\_\_ MI: \_\_\_\_\_  
DO: \_\_\_\_\_ DO: \_\_\_\_\_  
FR: \_\_\_\_\_ FR: \_\_\_\_\_  
SA: \_\_\_\_\_ SA: \_\_\_\_\_

**Mit meiner Unterschrift erkläre ich ausdrücklich, dass ich die Bestimmungen der „Gesamtvertraglichen Vereinbarung über das Jobsharing im zahnärztlichen Bereich“ zur Kenntnis nehme und die von mir gemachten Angaben der Wahrheit entsprechen.**

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des Vertragsfacharztes für  
ZMK/Vertragszahnarztes

**Der Jobsharingpartner erklärt mit seiner Unterschrift, dass es ihm bekannt ist, dass ihm aus der Jobsharingvereinbarung keinerlei Rechtsansprüche (z.B. Honoraransprüche aus der vertragszahnärztlichen Tätigkeit) gegenüber dem Krankenversicherungsträger entstehen und ihm aus dieser Vereinbarung kein Rechtsanspruch auf Abschluss eines §-2-Kassen-Einzelvertrages erwächst.**

**Weiters nimmt der Jobsharingpartner mit seiner Unterschrift zur Kenntnis, dass er für die Dauer des Jobsharings nicht als Wahlzahnarzt in der Ordinationsstätte des Vertragszahnarztes tätig sein darf bzw. keine eigene Vertragszahnarztordination führen darf.**

---

Ort, Datum

---

Unterschrift des Jobsharingpartners