

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

zur Weiterleitung an die Steiermärkische Gebietskrankenkasse

**Bekanntgabe des Jobsharings mit einem Zahnarzt, der
in den letzten 2 Jahren das Studium der Zahnmedizin
beendet hat**

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

Titel: _____

Familien- und Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

Adresse (allfällige Ordinationsadresse): _____

Telefon / Handynummer: _____

Fax: _____

E-Mail: _____

Datum der Beendigung des
Zahnmedizinstudiums: _____

Universität / Hochschule: _____

Berufsbezeichnung: Zahnärztin Zahnarzt
(Zutreffendes bitte ankreuzen)

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.

Die Ordinationszeiten und zahnärztlichen Tätigkeiten des Vertragszahnarztes und seines Jobsharingpartners dürfen sich decken.

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