

Bekanntgabe/Antrag eines Jobsharings/erweiterten Jobsharings

Allgemeine Daten:

Name des Vertragszahnarztes/Vertragskieferorthopäden:

Ordinationsadresse des Vertragszahnarztes/Vertragskieferorthopäden:

Name des Jobsharingpartners:

*Adresse (Ordinationssitz), aktuelle zahnärztliche/kieferorthopädische
Tätigkeit und E-Mail des Jobsharingpartners:*

Bekanntgabe, ob Jobsharing oder erweitertes Jobsharing in Anspruch genommen wird:

☐ **Jobsharing**

☐ **erweitertes Jobsharing im Ausmaß vonKassenplanstellen**

(Hinweis: möglich ab 1,1 Kassenplanstellen in Zehntelschritten)

Ausmaß der persönlichen zahnärztlichen/kieferorthopädischen Tätigkeit des Vertragszahnarztes/Vertragskieferorthopäden innerhalb der vertraglichen Ordinationszeiten:

Beginn u. Dauer des Jobsharings/erweiterten Jobsharings:

Beginn:

Dauer:

**Aufteilung der Ordinationszeit zwischen Vertragszahnarzt/
Vertragskieferorthopäde und Jobsharingpartner:**

(Hinweis: Der Vertragszahnarzt/Vertragskieferorthopäde verpflichtet sich für die Dauer des Jobsharings/erweiterten Jobsharings zur persönlichen zahnärztlichen/kieferorthopädischen Tätigkeit von mind. 25 % der vereinbarten Ordinationszeiten)

	Vertragszahnarzt/ Vertragskieferorthopäde: von-bis	Jobsharingpartner: von-bis
MO		
DI		
MI		
DO		
FR		
SA		

Aktuelle zahnärztliche/kieferorthopädische Nebenbeschäftigungen des Vertragszahnarztes/Vertragskieferorthopäden:

Geplante zahnärztliche/kieferorthopädische Nebenbeschäftigungen des Jobsharingpartners:

Ort, Datum

Stempel u. Unterschrift des Vertragszahnarztes/Vertragskieferorthopäden:

Der Jobsharingpartner erklärt mit seiner Unterschrift, dass ihm bekannt ist, dass ihm aus der Jobsharingvereinbarung keine Rechtsansprüche gegenüber den KVT (z.B. Honoraransprüche aus der vertragszahnärztlichen/vertragskieferorthopädischen Tätigkeit) entstehen, und dass aus dieser Vereinbarung kein Rechtsanspruch auf Abschluss eines Einzelvertrages mit einem KVT erwächst.

Ort, Datum

Unterschrift des Jobsharingpartners: