

Antrag Jobsharing

Persönliche Daten des Vertragszahnarztes/ Vertragskieferorthopäden:

Titel und Familienname:

Vorname:.....

Geburtsdatum:.....

Ordinationsanschrift:

.....

Persönliche Daten des Jobsharing-Partners:

Titel und Familienname:

Vorname:.....

Geburtsdatum:.....

Anschrift (allfälliger Ordinationssitz):

.....

Begründung für das Jobsharing:

Kinderbetreuung von im gemeinsamen Haushalt lebenden Kindern durch den obsorgerechtigten Vertragszahnarzt bis zu deren Schuleintritt

Name des Kindes:.....

Geburtsdatum des Kindes:.....

Wenn dieses Jobsharing in Teil-Zeiträumen in Anspruch genommen wird, Angabe der Zeiträume:

.....

Altersteilzeit

Ich kündige hiermit sämtliche Kassenverträge mit Wirksamkeit zum.....

Vorgriff auf eine noch zu schaffende **Lehrpraxis**regelung

Jobsharingpartner hat seine Ausbildung (Studium der Zahnmedizin bzw. eine Weiterbildung zum Kieferorthopäden) in den letzten zwei Jahren abgeschlossen und die Berechtigung zur selbstständigen Ausübung des zahnärztlichen Berufes in Österreich gemäß dem Zahnärztegesetz in der geltenden Fassung erlangt

Erkrankung durch welche die vollständige Erfüllung der vertraglichen Pflichten längerfristig nicht möglich ist

nachgewiesen drohende **ernsthafte Erkrankung** durch die die vollständige Erfüllung der vertraglichen Pflichten nicht mehr möglich wäre

berufliche zahnmedizinische **Fort- oder Weiterbildung**, deren zeitliche Inanspruchnahme so umfangreich ist, dass eine vollständige Erfüllung der vertraglichen Pflichten nicht mehr möglich ist

Beginn des Jobsharings:.....

Ende des Jobsharings:.....

Ausmaß der persönlichen zahnärztlichen Tätigkeit des Vertragszahnarztes/
Vertragskieferorthopäden:

.....

Aufteilung der bereits im Einzelvertrag vereinbarten Ordinationszeiten zwischen
Vertragszahnarzt/ Vertragskieferorthopäden
und Jobsharing-Partner (*gilt nicht für „Jobsharing“ aufgrund „Lehrpraxis“*)

	Vertragszahnarzt/Vertragskieferorthopäde von - bis	Jobsharing-Partner von - bis
Mo		
Di		
Mi		
Do		
Fr		
Sa		

Aktuelle Nebenbeschäftigungen des Vertragszahnarztes/Vertragskieferorthopäden:

.....
.....

Ort, Datum.....

Stempel u. Unterschrift des Vertragszahnarztes/Vertragskieferorthopäden:

Der Jobsharingpartner erklärt mit seiner Unterschrift, dass es ihm bekannt ist, dass ihm aus der Jobsharingvereinbarung keinerlei Rechtsansprüche gegenüber dem Krankenversicherungsträger entstehen, und insbesondere kein Rechtsanspruch auf Abschluss eines Kassen-Einzelvertrages besteht.

Ort, Datum.....

Unterschrift des Jobsharingpartners:

Anlagen:

Allen Anträgen sind entsprechende Dokumente, Unterlagen bzw. Nachweise beizulegen!

Im Fall Jobsharing aufgrund Altersteilzeit zusätzlich eine Kopie des bei der

Landeszahnärztekammer unterzeichneten Formulars „Niederlegung der

zahnärztlichen/kieferorthopädischen Ordination“ für alle Kassenverträge ; im Fall Jobsharing

aufgrund Kinderbetreuung die Geburtsurkunde des/der Kindes/r.