

An die  
Landeszahnärztekammer für Kärnten  
Neuer Platz 7/1  
9020 Klagenfurt

# BEWERBUNG

um einen KFO-Kassenvertrag für die Versorgungsregion

---

Ich bewerbe mich um die von der Landes Zahnärztekammer für Kärnten und der Kärntner Gebietskrankenkasse ausgeschriebene Stelle einer/eines **VERTRAGSKIEFERORTHOPÄDIN/VERTRAGSKIEFERORTHOPÄDEN.**

Name: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_

Straße: \_\_\_\_\_ Ort: \_\_\_\_\_ PLZ: \_\_\_\_\_

geb. am: \_\_\_\_\_

Erreichbarkeit

Telefon 1: \_\_\_\_\_ Telefon 2: \_\_\_\_\_

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

Staatsangehörigkeit: \_\_\_\_\_  seit Geburt  
 seit: \_\_\_\_\_

Fachärztin/Facharzt für ZMK bzw. Zahnärztin/Zahnarzt seit:

\_\_\_\_\_ (Datum des Diploms/Bescheides)

Zum Zeitpunkt der Bewerbung ausgeübte zahnärztliche Tätigkeiten:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

<b>A) Fachliche Eignung und berufliche Erfahrung</b>	<b>maximal 22 Punkte</b>
<p>a) Für eine Aufnahme in den Reihungsvorschlag sind bei der Bewerbung <b>20 Multibracket-Behandlungsfälle</b>, die in den letzten drei Jahren abgeschlossen wurden, vorzulegen, bei denen eine Verbesserung durch die Behandlung von durchschnittlich mindestens 70% lt. PAR Index, bezogen auf alle diese Fälle, bewirkt wurde. Zumindest 14 Fälle müssen solche gemäß IOTN 4 und 5 sein, maximal 6 können solche gemäß IOTN 3 sein; Fälle gemäß IOTN 1 und 2 werden keinesfalls berücksichtigt.</p> <p>Vorgelegt werden müssen für jeden Behandlungsfall:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Panorama- und Fernröntgenbilder der Ausgangslage sowie Gesichts- und Mundfotos der Ausgangslage und zum Behandlungsende</li> <li>• Diagnose samt IOTN-Bewertung</li> <li>• Behandlungsziel und Behandlungsplan</li> <li>• Anfangs- und Endmodelle (unbeschädigt, insbesondere nur ohne abgebrochene Zähne; eindeutige Beschriftung mit Namen des Patienten und Zeitpunkt der Abformung; korrekte und umfassende Abbildung der Zähne bis einschließlich der Umschlagfalte; eindeutige und reproduzierbare Zuordnungsmöglichkeit von OK und UK Modell (dreidimensionale Orientierung)</li> </ul> <p>Eine Aufnahme in den Reihungsvorschlag kann nur erfolgen, wenn der Durchschnitt des PAR-Index der vorgelegten 20 Fälle zumindest 70% Verbesserung erbringt, und diese Fälle zumindest aus 14 Fällen IOTN 4 und 5 bestehen; wobei maximal 6 Fälle solche gemäß IOTN 3 sein können, und Fälle gemäß IOTN 1 und 2 keinesfalls berücksichtigt werden.</p>	
<p>b) <b>Berufserfahrung</b> als gemäß III. A) a) und B) qualifizierter KFO – Wahlzahnarzt (laut KFO Gesamtvertrag), als ebenso qualifizierter Ordinationsvertreter eines Vertragskieferorthopäden bzw. als gleichermaßen qualifizierter angestellter Kieferorthopäde in Krankenanstalten.</p>	<p><b>0,15 Punkte pro Kalendermonat (bzw. 20 Vertretungstage)</b></p> <p><b>maximal 10 Punkte</b></p>
<p>c) <b>Versorgungswirksamkeit <u>in die Zukunft</u></b></p>	<p><b>0,2 Punkte pro ganzes Kalenderjahr ab dem Zeitpunkt des Endes der Bewerbungsfrist bis zum Ende der Altersgrenze gem. § 342 Abs. 1 Z 10 ASVG</b></p> <p><b>maximal 5 Punkte</b></p>
<p>d) <b>Versorgungswirksamkeit <u>in der Vergangenheit</u></b> in der Versorgungsregion (Bezirk), für die bzw. in der der Kassenvertrag ausgeschrieben wurde.</p>	<p><b>bei mindestens 20 KFO-Neufälle pro Kalenderjahr</b></p> <p><b>0,15 Punkte pro Kalendermonat einer laut III. A) a) und B) qualifizierten kieferorthopädischen Tätigkeit</b></p> <p><b>maximal 7 Punkte</b></p>

<b>B) Zusätzliche fachliche Qualifikation</b> <b>a) bis g) gelten alternativ bzw. es gilt die höhere Bewertung.</b>	<b>maximal 15 Punkte</b>
a) <input type="checkbox"/> Habilitation im Bereich der Kieferorthopädie	<b>5 Punkte</b>
b) <input type="checkbox"/> Ausbildung zum Fachzahnarzt für KFO (mit entsprechender Ausbildung im EU-Inland und Ausland)	<b>15 Punkte</b>
c) <input type="checkbox"/> Dreijährige klinisch-universitäre Vollzeit-Ausbildung im Bereich KFO <b>für einzelne Jahre: pro abgeschlossenem Jahr</b> <b>Abschluss der gesamten Ausbildung</b>	<b>4 Punkte</b> <b>maximal 8 Punkte</b> <b>15 Punkte</b>
d) <input type="checkbox"/> Nachweis der Befähigung nach den Richtlinien des Austrian Board of Orthodontists (ABO)	<b>8 Punkte</b>
e) <input type="checkbox"/> Nachweis der Befähigung nach den Richtlinien des European Board of Orthodontists (EBO)	<b>12 Punkte</b>
f) <input type="checkbox"/> Entsprechende postgraduale Ausbildung in der KFO (z.B. MSc)	<b>5 Punkte</b>
g) <input type="checkbox"/> Fortbildungsnachweis ( z.B. Fortbildungsdiplom KFO der ÖZÄK ) oder gleichwertige Ausbildung im EU-Inland bzw. Ausland	<b>3 Punkte</b>
<b>C) Erste Eintragung in die Reihungsliste der LZÄK für einen Kieferorthopädievertrag</b> a) <input type="checkbox"/> Erstgereihter <b>10 Punkte</b> b) <input type="checkbox"/> Zweitgereihter <b>9 Punkte</b> c) <input type="checkbox"/> Drittgereihter <b>8 Punkte</b> d) <input type="checkbox"/> Viertgereihter <b>7 Punkte</b> e) <input type="checkbox"/> Fünftgereihter <b>6 Punkte</b> f) <input type="checkbox"/> Sechstgereihter <b>5 Punkte</b> g) <input type="checkbox"/> Siebtgereihter <b>4 Punkte</b> h) <input type="checkbox"/> Achtgereihter <b>3 Punkte</b> i) <input type="checkbox"/> Neuntgereihter <b>2 Punkte</b> j) <input type="checkbox"/> Zehntgereihter <b>1 Punkt</b>	<b>maximal 10 Punkte</b>
<b>D) Behindertengerechte Ordination</b> <input type="checkbox"/> Ich bemühe mich ernsthaft, einen behindertengerechten Zugang zur Praxis nach den Bestimmungen der ÖNORM B 1600 "Barrierefreies Bauen" sowie der ÖNORM B 1601 "Spezielle Baulichkeiten für behinderte und alte Menschen" bei Vertragsbeginn oder innerhalb einer angemessenen Frist nach Vertragsbeginn zu schaffen.	<b>2 Punkte</b>

Die Angaben nach A) und B) sind durch entsprechende Nachweise zu belegen.  
Außerdem werden folgende Anlagen beigebracht:

**Mitglied der LZÄK Kärnten**

Lebenslauf

**Nichtmitglied der LZÄK Kärnten**

- Lebenslauf  
 Promotionsurkunde  
 Staatsbürgerschaftsnachweis

.....  
Datum

.....  
Unterschrift

**Von der Landes Zahnärztekammer für Kärnten auszufüllen:**

**A) Fachliche Eignung und berufliche Erfahrung**

**B) Zusätzliche fachliche Qualifikation**

**C) Punkte für den Rang in der Bewerberliste**

**D) Behindertengerechte Ordination**

**Summe der Punkte**