

## Bekanntgabe eines Jobsharings

### **Allgemeine Daten:**

**Name und Geburtsdatum des Vertragszahnarztes/Vertragskieferorthopäden:**

.....

**Ordinationsadresse des Vertragszahnarztes/Vertragskieferorthopäden:**

.....

**Name des Jobsharingpartners:**

.....

**Adresse (allfälliger Ordinationssitz) und E-Mail des Jobsharingpartners:**

.....

**Begründung für das Jobsharing:**

**Kinderbetreuung**

Name des Kindes/der Kinder.....

Geburtsdatum des Kindes/der Kinder.....

Voraussichtlicher Schuleintritt des jüngsten Kindes.....

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

.....

**Altersteilzeit**

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

(Hinweis: Der Kündigungstermin ist so zu wählen, dass er mit dem Ende des gewählten Jobsharing-Zeitraums zusammenfällt)

**Ausbildung des Jobsharingpartners**

Abschluss der Ausbildung des Jobsharingpartners: .....

Eintragung des Jobsharingpartners in die Zahnärzteliste: .....

**Bestehende Erkrankung**

Ärztliches Attest liegt bei

**Drohung oder Begünstigung einer Erkrankung**

Ärztliches Attest liegt bei

**Berufliche zahnmedizinische Fort- oder Weiterbildung**

Angabe der Fort- oder Weiterbildung: .....

**Beginn/Ende:**

Beginn des Jobsharings: .....

Ende des Jobsharings: .....

Ausmaß der persönlichen zahnärztlichen Tätigkeit des Vertragszahnarztes/Vertragskieferorthopäden:

.....

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

(Hinweis: Mit Ausnahme des Jobsharing „Ausbildung des Jobsharingpartners“ dürfen sich die Ordinationszeiten und zahnärztlichen Tätigkeiten des Vertragszahnarztes und seines Jobsharingpartners nicht decken)

	<b>Vertragszahnarzt/ Vertragskieferorthopäde: von-bis</b>	<b>Jobsharingpartner: von-bis</b>
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, weiters dass ihm insbesondere kein Rechtsanspruch auf Abschluss eines Kassen-Einzelvertrages erwächst.

Ort, Datum.....

Unterschrift des Jobsharingpartners:

.....