

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:

1. 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:

2. 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)

3. Bestehende Erkrankung

Ärztliches Attest liegt bei

4. Drohung oder Begünstigung einer Erkrankung

Ärztliches Attest liegt bei

5. Berufliche zahnmedizinische Fort- oder Weiterbildung

Angabe der Fort- oder Weiterbildung:

Für die Punkte 1 – 5 Ausmaß der persönlichen zahnärztlichen Tätigkeit des Vertragszahnarztes/Vertragskieferorthopäden innerhalb der vertraglichen Ordinationszeiten:
.....

6. Ausbildung des Jobsharingpartners

Abschluss der Ausbildung des Jobsharingpartners:

Eintragung des Jobsharingpartners in die Zahnärzteliste:

Beginn/Ende:

Beginn des Jobsharings:

Ende des Jobsharings:

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

(Hinweis:

- Der Vertragszahnarzt/Vertragskieferorthopäde verpflichtet sich für die Dauer des Jobsharings zur persönlichen zahnärztlichen Tätigkeit von mind. 50 % der vereinbarten Ordinationszeiten.
- Mit Ausnahme des Jobsharing „Ausbildung des Jobsharingpartners“ dürfen sich die Ordinationszeiten und zahnärztlichen Tätigkeiten des Vertragszahnarztes und seines Jobsharingpartners nicht decken.)

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

Ort, Datum.....

Unterschrift des Jobsharingpartners:

.....