

[]	[]	[]
Herrn/Frau	Titel	Telefon
[]	[]	[]
Vorname	Nachname	Fax
[]	[]	[]
Straße	[]	Mobil
[]	[]	[]
PLZ	Ort	E-Mail

Landeszahnärztekammer OÖ
Marienstraße 9/1
4020 Linz



[]
Ort, Datum

Bewerbung um eine Vertragskieferorthopädiestelle

Sehr geehrte Damen und Herren,

hiermit bewerbe ich mich um die ausgeschriebene

Kieferorthopädiestelle

mit Berufssitz in

[]

und Besetzungsdatum

[]

Unterschrift

Beilagen

Kopien der Nachweise

Bewerbungsbogen Kieferorthopädie

Die Vergabe der Punkte erfolgt in Anwendung der Richtlinie für die Auswahl von VertragskieferorthopädInnen abgeschlossen zwischen Landeszahnärztekammer für OÖ und ÖGK in der jeweils geltenden Fassung zum Zeitpunkt der Bewerbung.

Allgemeine Angaben zur Person

Geburtsdatum

Facharzt Diplom seit

Promotionsdatum

Nostrifikationsdatum

Mitglied der Landeszahnärztekammer für

Grundvoraussetzungen

B. Spezialausbildungen/Diplome

Bitte kreuzen Sie an: Ich erfülle folgende Ausbildungs- und Erfahrungsvoraussetzungen:

Habilitation im Bereich der Kieferorthopädie (KFO)

Ausbildung zum Fachzahnarzt für KFO (mit entsprechender Ausbildung im EU-Inland und Ausland)

dreijährige klinisch-universitäre Vollzeit-Ausbildung im Bereich KFO

Nachweis der Befähigung nach den Richtlinien des Austrian Board of Orthodontists (ABO) oder European Board of Orthodontists (EBO)

entsprechende postgraduale Ausbildung in der KFO (zB. MSc)

Fortbildungsnachweis (Fortbildungsdiplom KFO der ÖZÄK)

gleichwertige Ausbildung im EU-Inland bzw. Ausland

Wichtig: Bitte legen Sie entsprechende Nachweise bei!

Ich habe in den letzten 3 Jahren 20 Multibracket-Behandlungsfälle abgeschlossen, bei denen eine Verbesserung von durchschnittlich 70 % - bezogen auf diese Fälle - bewirkt wurde. Diese Fälle wurden von mir persönlich geplant, durchgeführt und dokumentiert

Wichtig: Bitte legen Sie entsprechende Nachweise (Panoramaröntgen, Fernröntgen, Fotos intra- u. extraoral, Anfangs- und Endmodelle möglichst unbeschädigt und auf Biss getrimmt, Formular PAR-Index) über die 20 Multibracket-Behandlungsfälle bei

Ich erkläre mich bereit, für die vertraglich vorgesehene Versorgung von 100 KFO-Neufällen im Kalenderjahr (Behandlung gemäß § 16 KFO-GV) Kapazitäten sicher zu stellen

Ich übe eine ärztliche bzw. zahnärztliche Nebenerwerbstätigkeit aus bzw. habe die ärztliche Leitung eines Krankenhauses/einer Krankenhausabteilung inne.

Bitte kreuzen Sie an:

Ja, im Ausmaß von.....
Wochenstunden

Nein

A. Fachliche Eignung

A. 1. Zeiten kieferorthopädischer Tätigkeiten

Geben Sie bitte Zeiten zahnärztlicher Tätigkeit während der letzten 10 Jahre an, während der Sie mindestens 20 Multibracket-Behandlungsfälle pro Jahr begonnen haben

von

bis

Ort der Tätigkeit

von

bis

Ort der Tätigkeit

von

bis

Ort der Tätigkeit

von

bis

Ort der Tätigkeit

von

bis

Ort der Tätigkeit

Wichtig: Eine Liste mit Patientendaten (Vor-, Zuname, Versicherungsnummer, Datum des Behandlungsbeginns) ist der Bewerbung beizulegen!

A. 2. Vertretungstätigkeiten in einer §2-Vertragskieferorthopädiepraxis bzw. Tätigkeiten im Rahmen eines §2-KFO-Jobsharings

Geben Sie bitte eine detaillierte Aufstellung Ihrer KFO-Vertretungstätigkeiten bzw. Ihrer Tätigkeiten im Rahmen eines KFO-Jobsharings an:

<input type="checkbox"/>	Vertretung	<input type="checkbox"/>	Jobsharing
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
von	bis	Ort der Tätigkeit/Name des vertretenen Zahnarztes	

<input type="checkbox"/>	Vertretung	<input type="checkbox"/>	Jobsharing
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
von	bis	Ort der Tätigkeit/Name des vertretenen Zahnarztes	

<input type="checkbox"/>	Vertretung	<input type="checkbox"/>	Jobsharing
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
von	bis	Ort der Tätigkeit/Name des vertretenen Zahnarztes	

<input type="checkbox"/>	Vertretung	<input type="checkbox"/>	Jobsharing
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
von	bis	Ort der Tätigkeit/Name des vertretenen Zahnarztes	

<input type="checkbox"/>	Vertretung	<input type="checkbox"/>	Jobsharing
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
von	bis	Ort der Tätigkeit/Name des vertretenen Zahnarztes	

<input type="checkbox"/>	Vertretung	<input type="checkbox"/>	Jobsharing
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
von	bis	Ort der Tätigkeit/Name des vertretenen Zahnarztes	

Wichtig: Zur Vergabe von Punkten für eine Tätigkeit im Rahmen eines KFO-Jobsharings ist ein entsprechender Nachweis beizulegen. Zur Vergabe von Punkten für Vertretungstätigkeiten ist eine vom jeweils vertretenen Vertragskieferorthopäden ausgestellte Bestätigung beizulegen. Auf den Bestätigungen muss auf jeden Fall die genaue Anzahl an Vertretungstagen ersichtlich sein. Dazu ist das von LZÄK und ÖGK aufgelegte Formular zu verwenden.

A. 3. Versorgungswirksamkeit in der Vergangenheit in einer Versorgungsregion:

Ich habe folgende neue KFO-Multibracket-Fälle im letzten Jahr vor Ende der Bewerbungsfrist behandelt:

- ab 20 neue KFO-Fälle pro Jahr
- ab 40 neue KFO-Fälle pro Jahr
- ab 60 neue KFO-Fälle pro Jahr
- ab 80 neue KFO-Fälle pro Jahr
- ab 100 neue KFO-Fälle pro Jahr

Wichtig: Eine Liste mit Patientendaten (Vor-, Zuname und Versicherungsnummer) ist der Bewerbung beizulegen!

A. 4. Vertragskieferorthopädiätätigkeit:

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
von	bis	Ort der Tätigkeit
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
von	bis	Ort der Tätigkeit
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
von	bis	Ort der Tätigkeit
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
von	bis	Ort der Tätigkeit
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
von	bis	Ort der Tätigkeit
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Wichtig: Geben Sie eine detaillierte Aufstellung über Ihre Vertrags-KFO-Tätigkeit vor Bewerbungsfristende an.

C. Erste Eintragung in die KFO-Bewerberliste der Landes Zahnärztekammer für OÖ

Sind Sie in die KFO-Bewerberliste der Landes Zahnärztekammer für OÖ eingetragen?

JA, seit

NEIN

Wichtig

Die Frist für die Einreichung der Bewerbungsunterlagen (=Bewerbungsfrist) beträgt 4 Wochen ab Veröffentlichung der Ausschreibung der Kassenplanstelle auf der Homepage der Landes Zahnärztekammer OÖ. Sämtliche Bewerbungsunterlagen und alle für die Bewerbung relevanten Urkunden müssen schriftlich bis zum Ende der Bewerbungsfrist in der

Folgende weitere Nachweise bzw. Unterlagen sind dem Bewerbungsbogen hinzuzufügen:



Nachweis über Habilitation im Bereich der Kieferorthopädie (KFO)



Nachweis über Ausbildung zum Fachzahnarzt für KFO



Nachweis der Befähigung nach den Richtlinien des Austrian Board



Nachweis über entsprechende postgraduale Ausbildung in der KFO (zB. MSc)



Fortbildungsnachweis (Fortbildungsdiplom KFO der ÖZÄK)



Nachweis über gleichwertige Ausbildung im EU-Inland bzw Ausland



Ergebnisqualitätskriterien: Nachweis über 20 Multibracket-Behandlungsfälle



Nachweis über kieferorthopädische Tätigkeit: Liste mit Patientendaten (Vor-, Zuname und



Nachweis über neue KFO-Behandlungsfälle im letzten Jahr vor der Bewerbung (Liste mit



Vertretungs- bzw. Jobsharingbestätigung



Staatsbürgerschaftsnachweis



Lebenslauf mit chronologischer Darstellung der gesamten Ausbildung und bisherigen Tätigkeit

Ich versichere, dass ich die Angaben nach bestem Wissen und Gewissen richtig und vollständig gemacht habe.

Ich nehme zur Kenntnis, dass für die Punkteberechnung nur meine Angaben auf dem Fragebogen herangezogen werden, sofern diese richtig sind bzw. **entsprechend nachgewiesen wurden** und dass keinerlei Ergänzungen fehlender Angaben durch Landeszahnärztekammer für OÖ und ÖGK vorgenommen werden.

Ich erkläre ausdrücklich meine Zustimmung, dass

- meine Daten automatisationsunterstützt verarbeitet werden
- meine MitbewerberInnen in den Bewerbungsbogen Einsicht nehmen können und
- mein Name und die erreichte Punktezahl veröffentlicht wird.

Unterschrift der Bewerberin/des Bewerbers