Anlage 1

Bekanntgabe/Antrag eines Jobsharings/erweiterten Jobsharings

Allgemeine Daten:

Name des Vertragszahnarztes/Vertragskieferorthopäden:

Ordinationsadresse des Vertragszahnarztes/Vertragskieferorthopäden:

Name des Jobsharingpartners:

Adresse (Ordinationssitz), aktuelle zahnärztliche/kieferorthopädische Tätigkeit und E-Mail des Jobsharingpartners:

Bekanntgabe, ob Jobsharing oder erweitertes Jobsharing in Anspruch genommen wird:

☐ ***Jobsharing***

☐ ***erweitertes Jobsharing in Ausmaß von ……Kassenplanstellen***
(Hinweis: möglich ab 1,1 Kassenplanstellen in Zehntelschritten)

Ausmaß der persönlichen zahnärztlichen/kieferorthopädischen Tätigkeit des Vertrags-Zahnarztes/Vertragskieferorthopäden innerhalb der vertraglichen Ordinationszeiten:

Mindestens 25% der Ordinationszeiten

Beginn u. Dauer des Jobsharings/erweiterten Jobsharings:

Beginn:

Dauer:

Aufteilung der Ordinationszeit zwischen Vertragszahnarzt/ Vertragskieferorthopäde und Jobsharingpartner:

Ich erkläre hiermit, meine vertragszahnärztliche/vertragskieferorthopädische Tätigkeit für die Dauer des Jobsharings zu mindestens 25 % der nachfolgend angegebenen Ordinationszeiten persönlich zu erbringen.

	Vertragszahnarzt/Vertragskiefer-orthopäde: von-bis	***Jobsharingpartner: von-bis***
MO		
DI		
MI		
DO		
FR		
SA		

Aktuelle zahnärztliche/kieferorthopädische Nebenbeschäftigungen des Vertragszahnarztes/ Vertragskieferorthopäden:
-

Geplante zahnärztliche/kieferorthopädische Nebenbeschäftigungen des Jobsharingpartners:
-

Ort, Datum

Stempel u. Unterschrift des Vertragszahnarztes/Vertragskieferorthopäden:

Der Jobsharingpartner erklärt mit seiner Unterschrift, dass ihm bekannt ist, dass ihm aus der Jobsharingvereinbarung keine Rechtsansprüche gegenüber den KVT (z.B. Honoraransprüche aus der vertragszahnärztlichen/vertragskieferorthopädischen Tätigkeit) entstehen, und dass aus dieser Vereinbarung kein Rechtsanspruch auf Abschluss eines Einzelvertrages mit einem KVT erwächst.

Ort, Datum

Unterschrift des Jobsharingpartners: