

.....
Name des/der vertretenen Vertragsarztes/ärztin
bzw. der Vertragsgruppenpraxis

.....
Ordinationsadresse

**Bestätigung über Vertretungstätigkeiten bei einem
§ 2 Vertragsarzt/Vertragsgruppenpraxis**

Eine Vertretungstätigkeit in einer §-2 Vertragsarztpraxis/Vertragsgruppenpraxis im Sinne des Pkt. 2 der Richtlinie für die Auswahl von VertragsärztInnen und Vertragsgruppenpraxen bzw. von Mitgliedern von Vertragsgruppenpraxen liegt vor, wenn der/die zu vertretende Vertragsarzt/ärztin an einem seiner/ihrer (vertraglich vereinbarten) Ordinationstage

- persönlich verhindert ist die vertragliche Tätigkeit auszuüben (Abwesenheit zB wegen Urlaub, Krankheit, Fortbildung usw.)
- die Vertretung in der Vertragsarztordination des/der abwesenden Vertragsarztes/ärztin erfolgt und
- die Vertretung am Ordinationstag des abwesenden Vertragsarztes/ärztin die gesamte vertraglich vereinbarte Ordinationszeit oder mindestens 4 Stunden umfasst.

Ich bestätige hiermit, dass mich Herr/Frau
an den nachstehend angeführten Tagen – unter Einhaltung der oben angeführten Kriterien - vertreten hat:

am/vonbisan insgesamt Tagen

am/vonbisan insgesamt Tagen

am/vonbisan insgesamt Tagen

am/vonbisan insgesamt Tagen

am/vonbisan insgesamt Tagen

am/vonbisan insgesamt Tagen

am/vonbisan insgesamt Tagen

am/vonbisan insgesamt Tagen

am/vonbisan insgesamt Tagen

am/vonbisan insgesamt Tagen

am/vonbisan insgesamt Tagen

Ich nehme zur Kenntnis, dass eine unrichtige Bestätigung von Vertretungstagen strafrechtliche Konsequenzen und - falls dadurch ein/eine andere(r) BewerberIn benachteiligt wird – schadenersatzrechtliche Folgen hat.

Datum

.....
Unterschrift und Stempel
des/der vertretenen Vertragsarztes/ärztin

.....
 Name des/der BewerberIn (in Blockbuchstaben)

Nachweis über Tätigkeiten im Rahmen von organisierten, hausärztlichen Notdiensten
 das sind Sonn- und Feiertagsdienste in Linz, Wels, Steyr, Vöcklabruck und Wochentagsdienst in Linz

Ich erkläre hiermit, dass ich an den nachstehend angeführten Tagen Tätigkeiten im Rahmen von organisierten, hausärztlichen Notdiensten (HÄND) geleistet habe. Die Überprüfung und Bestätigung über die geleisteten Dienste erfolgt durch die Ärztekammer f. OÖ.

	<i>Überprüfung u. Bestätigung durch die Ärztekammer f. OÖ.</i>
ÄND invon (Tag), Uhr, bis(Tag), Uhr	
ÄND invon (Tag), Uhr, bis(Tag), Uhr	
ÄND invon (Tag), Uhr, bis(Tag), Uhr	
ÄND invon (Tag), Uhr, bis(Tag), Uhr	
ÄND invon (Tag), Uhr, bis(Tag), Uhr	
ÄND invon (Tag), Uhr, bis(Tag), Uhr	
ÄND invon (Tag), Uhr, bis(Tag), Uhr	
ÄND invon (Tag), Uhr, bis(Tag), Uhr	
ÄND invon (Tag), Uhr, bis(Tag), Uhr	
ÄND invon (Tag), Uhr, bis(Tag), Uhr	
ÄND invon (Tag), Uhr, bis(Tag), Uhr	

.....
 Datum

.....
 Unterschrift des/der BewerberIn

.....
 Name des/der BewerberIn (in Blockbuchstaben)

Nachweis über Tätigkeiten im Rahmen des HÄND- bzw. bei Wochentagsnotdiensten im niedergelassenen Bereich

Ich erkläre hiermit, dass ich an den nachstehend angeführten Tagen Tätigkeiten im Rahmen des hausärztlichen Notdienst (HÄND) bzw. Wochentagsnotdiensten im niedergelassenen Bereich geleistet habe. Die Überprüfung und Bestätigung über die geleisteten Dienste erfolgt durch die Ärztekammer f. OÖ.

	<i>Überprüfung u. Bestätigung durch die Ärztekammer f. OÖ.</i>
Im Sprengelvon (Tag), Uhr, bis(Tag), Uhr	
Im Sprengelvon (Tag), Uhr, bis(Tag), Uhr	
Im Sprengelvon (Tag), Uhr, bis(Tag), Uhr	
Im Sprengelvon (Tag), Uhr, bis(Tag), Uhr	
Im Sprengelvon (Tag), Uhr, bis(Tag), Uhr	
Im Sprengelvon (Tag), Uhr, bis(Tag), Uhr	
Im Sprengelvon (Tag), Uhr, bis(Tag), Uhr	
Im Sprengelvon (Tag), Uhr, bis(Tag), Uhr	
Im Sprengelvon (Tag), Uhr, bis(Tag), Uhr	
Im Sprengelvon (Tag), Uhr, bis(Tag), Uhr	
Im Sprengelvon (Tag), Uhr, bis(Tag), Uhr	
Im Sprengelvon (Tag), Uhr, bis(Tag), Uhr	

.....
 Datum

.....
 Unterschrift des/der BewerberIn

.....
Name des/der vertretenen Vertragsarztes/ärztin
bzw. der Vertragsgruppenpraxis

.....
Ordinationsadresse

**Bestätigung über die hausärztlichen Notdienste bzw.
Wochentagsnotdienste in Vertretung eines Vertragsarztes**

Ich bestätige hiermit, dass Herr/Frau
an den nachstehend angeführten Tagen meinen hausärztlichen Notdienst bzw. Wochentagsnotdienst
übernommen hat.

Von (Tag), Uhr, bis(Tag), Uhr

Von (Tag), Uhr, bis(Tag), Uhr

Von (Tag), Uhr, bis(Tag), Uhr

Von (Tag), Uhr, bis(Tag), Uhr

Von (Tag), Uhr, bis(Tag), Uhr

Von (Tag), Uhr, bis(Tag), Uhr

Von (Tag), Uhr, bis(Tag), Uhr

Von (Tag), Uhr, bis(Tag), Uhr

Von (Tag), Uhr, bis(Tag), Uhr

Von (Tag), Uhr, bis(Tag), Uhr

Von (Tag), Uhr, bis(Tag), Uhr

Von (Tag), Uhr, bis(Tag), Uhr

Von (Tag), Uhr, bis(Tag), Uhr

Von (Tag), Uhr, bis(Tag), Uhr

Von (Tag), Uhr, bis(Tag), Uhr

Von (Tag), Uhr, bis(Tag), Uhr

Von (Tag), Uhr, bis(Tag), Uhr

Ich nehme zur Kenntnis, dass eine unrichtige Bestätigung strafrechtliche Konsequenzen und -
falls dadurch ein/eine andere(r) BewerberIn benachteiligt wird – schadenersatzrechtliche Folgen
hat.

.....
Datum

.....
Unterschrift und Stempel
des/der vertretenen Vertragsarztes/ärztin