

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

.....  
Ordinationsadresse

**Bestätigung über Vertretungstätigkeiten bei einem  
§ 2 Vertragsarzt/Vertragsgruppenpraxis  
für Bewerbungen um Kassenstellen in Oberösterreich**

Eine Vertretungstätigkeit in einer §-2 Vertragsarztpraxis/Vertragsgruppenpraxis im Sinne des Pkt. 3 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/von .....bis .....an insgesamt ..... Tagen

am/von .....bis .....an insgesamt ..... Tagen

am/von .....bis .....an insgesamt ..... Tagen

am/von .....bis .....an insgesamt ..... Tagen

am/von .....bis .....an insgesamt ..... Tagen

am/von .....bis .....an insgesamt ..... Tagen

am/von .....bis .....an insgesamt ..... Tagen

am/von .....bis .....an insgesamt ..... Tagen

am/von .....bis .....an insgesamt ..... Tagen

am/von .....bis .....an insgesamt ..... Tagen

am/von .....bis .....an 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 des hausärztlichen Notdienst (HÄND) an Wochentagen bzw. Sonn- und Feiertagen im niedergelassenen Bereich (inkl. ÄND Linz)**  
*für Bewerbungen um Kassenstellen in Oberösterreich*

Ich erkläre hiermit, dass ich an den nachstehend angeführten Tagen Tätigkeiten im Rahmen des hausärztlichen Notdienst (HÄND) bzw. Sonn- und Feiertagen 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>
HÄND Sprengel ..... von ..... (Datum), ..... Uhr, bis .....(Datum), ..... Uhr	
HÄND Sprengel ..... von ..... (Datum), ..... Uhr, bis .....(Datum), ..... Uhr	
HÄND Sprengel ..... von ..... (Datum), ..... Uhr, bis .....(Datum), ..... Uhr	
HÄND Sprengel ..... von ..... (Datum), ..... Uhr, bis .....(Datum), ..... Uhr	
HÄND Sprengel ..... von ..... (Datum), ..... Uhr, bis .....(Datum), ..... Uhr	
HÄND Sprengel ..... von ..... (Datum), ..... Uhr, bis .....(Datum), ..... Uhr	
HÄND Sprengel ..... von ..... (Datum), ..... Uhr, bis .....(Datum), ..... Uhr	
HÄND Sprengel ..... von ..... (Datum), ..... Uhr, bis .....(Datum), ..... Uhr	
HÄND Sprengel ..... von ..... (Datum), ..... Uhr, bis .....(Datum), ..... Uhr	
HÄND Sprengel ..... von ..... (Datum), ..... Uhr, bis .....(Datum), ..... 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  
für Bewerbungen um Kassenstellen in Oberösterreich**

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