

Ärztchammer für Oberösterreich
Kassenrecht & Arzthonorare
Dinghoferstraße 4
4020 Linz
Fax: 0732-783660-205
Email: nobis@aekoee.at

ANTRAG für FachärztInnen

(bitte ankreuzen)

auf Genehmigung einer erweiterten Vertretung

Antragsteller (Kassenstelleninhaber):

Name

Geburtsdatum

Fachrichtung

Ordinationsadresse

TeINr

Außerhalb der Ordinationszeiten erreichbar unter

Email

Ich stelle hiermit den Antrag auf Genehmigung einer erweiterten Vertretung

- zur Abdeckung eines **temporären** zusätzlichen Mehrbedarfs mit Festlegung eines Zielwertes für die Patientenfrequenz und damit Anhebung der Limitierungen und des Honorarsummenlimits auf das erhöhte Niveau durch Ausdehnung meiner Kassenstelle auf dasfache
(mit Zusatzfinanzierung aufgrund vakanter Nachbarstelle oder überlanger Wartezeiten...; nur möglich für Fachärzte, ausgenommen Fachärzte für Radiologie und Fachärzte für medizinische und chemische Labordiagnostik)
 - Ich beantrage die erhöhte Akontozahlung bereits für das erste Quartal nach Aufstockung.
 - Ich beantrage die erhöhte Akontozahlung erst für den Zeitraum nach Abrechnung des ersten Quartals nach der Aufstockung auf Basis der tatsächlichen Honorarsumme des ersten Quartals.

- zur Abdeckung eines längerfristigen bzw dauerhaften zusätzlichen Mehrbedarfs unter Ausdehnung meiner Kassenstelle auf dasfache
(Bruchstelle) *(Bitte beachten Sie, dass ein derartiger Antrag erst möglich ist, wenn zuvor der Zusatzbedarf von Kasse und Kammer im Einvernehmen festgestellt wurde und eine Gruppenpraxis nach Modell 2 für diesen Mehrbedarf ausgeschrieben wurde.)*
 - Ich beantrage die erhöhte Akontozahlung bereits für das erste Quartal nach Aufstockung.
 - Ich beantrage die erhöhte Akontozahlung erst für den Zeitraum nach Abrechnung des ersten Quartals nach der Aufstockung auf Basis der tatsächlichen Honorarsumme des ersten Quartals.

- zur Mitarbeit am Kassenvertrag ohne Abdeckung eines zusätzlichen Mehrbedarfs **(Job-Sharing)**

Geplanter Beginn*(Antrag muss mind. 3 Monate vor geplantem Beginn gestellt werden; Beginn ist nur zu jedem Quartalsersten möglich.)*

Geplante Dauer:

- unbefristet (nur für Job-Sharing und Bruchstelle möglich; endet jedenfalls wenn der Kassenstelleninhaber oder der mitarbeitende Arzt das 70. Lj vollendet)
- befristet bis
- (bei Abdeckung eines temporären Bedarfes mit Zusatzfinanzierung sind max 12 Monate möglich)

Geplante Öffnungszeiten:

(Übersicht zu den Öffnungszeiten bei Abdeckung eines Zusatzbedarfs siehe Seite 7)

	geplante Öffnungszeiten	Geplante Anwesenheit VertragspartnerIn in den Öffnungszeiten	Geplante Anwesenheit VertreterIn in den Öffnungszeiten
Mo			
Di			
Mi			
Do			
Fr			
Sa			

Bei Jobsharing gelten die bisherigen Öffnungszeiten der Einzelordination unverändert weiter, müssen aber auf die aktuell geltenden Mindestöffnungszeiten und deren Verteilung angepasst werden, sollten sie noch davon abweichen (bei gleichzeitiger Anhebung der Patientenbegrenzung im selben Ausmaß).

Angaben zum geplanten Vertreter: (wenn Sie mehrere Vertreter haben, verwenden Sie bitte das entsprechende Zusatzblatt)

Name

Geburtsdatum

Fachrichtung

Privatadresse:

TelNr

Fax

Email

Derzeitige Tätigkeit des Vertreters

.....

Ordinationssitz des Vertreters nein ja Adresse

.....

weitere Berufstätigkeit, die neben der Vertretung ausgeübt wird (Art und Ausmaß)

.....

.....

Ich erkläre mein ausdrückliches Einverständnis, dass ich im Falle der Genehmigung der erweiterten Vertretung mit dem Vertreter einen entsprechenden freien Dienstvertrag abschließen werde. Ich verpflichte mich den Vertreter darauf aufmerksam zu machen, dass er vor Beginn seiner Tätigkeit seine Meldeverpflichtungen gegenüber der zuständigen Ärztekammer zu erfüllen hat, da ansonsten diese Vertretertätigkeit nicht ausgeübt werden darf.

Ich nehme ausdrücklich zur Kenntnis, dass eine Bearbeitung meines Antrages nur bei vollständigem Ausfüllen aller angegebenen Punkte möglich ist. Amtswegig werden keine Ergänzungen vorgenommen, vielmehr wird der Antrag wegen Formmängeln von der Ärztekammer zur Verbesserung zurückgeschickt. Streichen von Inhalten dieses Formulars führen zur Ungültigkeit des Antrages.

Ich erkläre mein ausdrückliches Einverständnis, dass die für die korrekte Abrechnung der erweiterten Vertretung notwendigen Abrechnungsdaten von der ÖGK an die Ärztekammer für Oberösterreich zu Kontrollzwecken weitergegeben werden dürfen.

Mir ist bekannt, dass die Zusammenarbeit mit dem Vertreter erst dann zulässig ist, wenn Kammer und Kasse aufgrund dieses Antrages die Genehmigung dazu erteilt haben. Neben anderen Auflösungsgründen erlischt die Genehmigung der erweiterten Vertretung, wenn diese aufgrund wissentlich falscher Angaben erfolgt ist. Im Übrigen habe ich Kenntnis von den im Rundschreiben von Kammer und Kasse vom Juni 2019 (Nr. 1813/2019) dargelegten Regelungen der erweiterten Vertretung und nehme deren Geltung für meine Antragstellung ausdrücklich zur Kenntnis.

Ort, Datum

.....
Unterschrift und Stempel des Antragstellers

Hinweis: Gemäß § 2 Abs 2a Z 3 FSVG handelt es sich bei der Tätigkeit als erweiterter Vertreter, die den Vorgaben des § 47a Abs 4 und 5 ÄrzteG entspricht, um eine freiberufliche Tätigkeit. Erweiterte Vertreter sind daher bei der SVS in der Unfall- und Pensionsversicherung pflichtversichert.

Zusatzblatt (wenn mehrere Vertreter beantragt werden)

Angaben zum geplanten Vertreter 2: *(wenn Sie mehrere Vertreter haben, verwenden Sie bitte das entsprechende Zusatzblatt)*

Name

Geburtsdatum

Fachrichtung

Ordinationsadresse

TelNr

Fax

Email

Derzeitige Tätigkeit des Vertreters

.....

Ordinationssitz des Vertreters nein ja Adresse

.....

weitere Berufstätigkeit, die neben der Vertretung ausgeübt wird (Art und Ausmaß)

.....

.....

.....

Zusatzblatt (wenn mehrere Vertreter beantragt werden)

Angaben zum geplanten Vertreter 3: *(wenn Sie mehrere Vertreter haben, verwenden Sie bitte das entsprechende Zusatzblatt)*

Name

Geburtsdatum

Fachrichtung

Ordinationsadresse

TelNr

Fax

Email

Derzeitige Tätigkeit des Vertreters

.....

Ordinationssitz des Vertreters nein ja Adresse

.....

weitere Berufstätigkeit, die neben der Vertretung ausgeübt wird (Art und Ausmaß)

.....

.....

.....

> 1 Stelle und < 2 Stellen

Gruppenpraxis Modell II (§ 14 (4))					
Stellenausmaß	1,3	1,4	1,5	1,6	1,7
Mindestwochenstunden mit Gruppenpraxen-Abschlag	25 (Ziel 30)	25 (Ziel 30)	25 (Ziel 30)	26 (Ziel 32)	27 (Ziel 34)
Mindestwochenstunden ohne Gruppenpraxen-Abschlag	27	27	30	33	33
Anzahl Nachmittagsordinationen			mind. 1 ²		
Anzahl Abendordinationen	mind. 2 ^{3,5}	mind. 2 ^{3,5}	mind. 2 ^{3,4,5}	3 ^{3,5}	3 ^{3,5}
Schließtage pro Jahr	max. 4 Wochen (20 Ordinationstage) Weiters besteht die Möglichkeit für weitere 4 Wochen (20 Ordinationstage) auf die Mindestordinationszeiten einer EP zu reduzieren				
Anmerkung	Die neu in Vertrag genommene Gruppenpraxis hat sich hinsichtlich veränderter bzw. hinzukommender Ordinationszeiten an den Ordinationszeiten bereits bestehender Vertragsärzte und Gruppenpraxen zu orientieren.				

Sollten in Einzelfällen Schwierigkeiten bestehen, die Öffnungszeiten abzudecken, ersuchen wir um Kontaktaufnahme.

² beginnend ab 14:00 Uhr zu je drei Stunden oder beginnend ab 16:00 Uhr zu je zwei Stunden

³ wobei eine Abendordination durch eine zweistündige Samstagsordination oder eine zweistündige Morgenordination (ab 7 Uhr) ersetzt werden kann

⁴ es kann alternativ beim Modell 1,5 zu Fußnote ³ eine Abendordination auch an eine Nachmittagsordination angehängt werden

⁵ zu je drei Stunden beginnend ab 16:00 Uhr oder beginnend ab 18:00 Uhr zu je zwei Stunden