

ANMELDUNG als Mentor/Mentorin

Name: VPNR:

Ordinationsadresse:

Meine Kontaktdaten für Mentees: Telefon

E-Mail

Ich erkläre mich bis auf Widerruf bereit, als Mentor/Mentorin im Rahmen des Mentoring-Programms „neuAMstart – mit Kompetenz in die Praxis der Allgemeinmedizin“ zur Verfügung zu stehen. Ich bin mit der Aufnahme in den Mentoring-Ärzte-Pool – welcher veröffentlicht wird – einverstanden.

Ich verfüge über folgende Qualifikation(en):

Mindestens 5jährige Tätigkeit als Vertragsarzt/-ärztin für Allgemeinmedizin

- Ja
 Nein

Lehrpraxisbewilligung

- Ja
 Nein
 Nein, aber ich habe die Absicht, die Lehrpraxisbewilligung bis zu erlangen.

Mentoren-Einschulung bei der ÄKOÖ

- Ja (Nachweis erforderlich)
 Nein
 Nein, aber ich habe die Absicht, die Mentoreneinschulung bis zu absolvieren.

.....
Ort, Datum

.....
Unterschrift und Stempel Vertragsarzt/-ärztin

Bitte senden Sie dieses Formular per Fax oder E-Mail an:

Ärztchammer für Oberösterreich, z.H. Frau Baumgartner, Fax-Nr.: 0732/783660-257 oder

baumgartner@aekoee.at