**Antrag** auf individuelle Föderung aus dem Innovationstopf – gültig für **oberösterreichi­sche Vertragsfachärzt/innen**

**„Abgeltung für die Behandlung von Patient/innen an ordinationsfreien Tagen bzw. zu ordinationsfreien Zeiten zum Abbau von langen Wartezeiten“**

Sehr geehrte Antragstellerin, sehr geehrter Antragsteller,

diese Maßnahme muss zumindest ein Monat vor Beginn (Beginn ist zu jedem Monatsersten mög­lich) beantragt werden. Bitte reichen Sie dieses Formular per Post oder Email (unterschrieben) bei Ihrer persönlichen Ansprechpartnerin ein: Österreichische Gesundheitskasse, z. H. Nadine Strummer, Gruberstraße 77, 4020 Linz, [nadine.strummer@oegk.at](mailto:nadine.strummer@oegk.at) .

Sie werden schriftlich über das Ergebnis der Prüfung Ihres Antrages durch Ärztekammer für Oberösterreich und Österreichische Gesundheitskasse informiert!

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Persönliche Daten** | | | |
| Titel: |  | Anrede: | Wählen Sie ein Element aus. |
| Vor- und Zuname(n): |  | | |
| Geburtsdatum: |  | | |
| Telefonnummer Ordination: |  | E-Mail: |  |
| Telefonnummer außerhalb der Ordinationszeiten: |  |  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **Vertragsarzttätigkeit** | |
| Vertragspartnernummer |  |
| Fachgebiet |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **Öffnungszeiten inklusive der Erweiterung und Laufzeit** | |
| Montag |  |
| Dienstag |  |
| Mittwoch |  |
| Donnerstag |  |
| Freitag |  |
| Samstag |  |
| **Beachten Sie:** Es sind zumindest 2 Stunden zusätzliche Öffnungszeiten pro Woche mit Kammer und Kasse zu vereinbaren und für die Patient/innen transparent zu machen (z. B. Aushang in der Ordination, Information auf der Homepage) | |
| **Datum Beginn:**  **Datum Ende:** | |
| **Beachten Sie:** Diese Maßnahme ist auf maximal 12 Monate befristet. Eine Verlängerung ist auf Antrag nach Zustimmung durch Kammer und Kasse möglich. | |

|  |
| --- |
| **Erklärung** |
| * Ich erkläre an Eides statt, den Antrag vollständig und wahrheitsgemäß ausgefüllt zu ha­ben. |
| * Vorbehaltlich der Zustimmung durch Kammer und Kasse erhalte ich die beantragte Förde­rung bei Vorliegen der Voraussetzungen und ausschließlich für die oben angeführte Maß­nahme. |
| * Sollten weitere Daten zur Prüfung der Förderwürdigkeit nötig sein, werde ich diese sowohl der Kammer als auch der Kasse auf Verlangen zur Verfügung stellen. |
| * Ich nehme zur Kenntnis, dass diese Förderung an den Abbau von langen Wartezeiten ge­bunden ist. In meiner Region liegt ein Wartezeitenproblem vor und im Einzugsgebiet gibt es für Patient/innen keine Ausweichmöglichkeit zu einem anderen Arzt/einer anderen Ärz­tin der benötigten Fachgruppe. |
| * Diese Maßnahme ist nicht kombinierbar mit der Innovationstopf-Maßnahme „Abgeltung der Beiziehung einer „Erweiterten Vertretung“ oder der „Anstellung eines Arztes/einer Ärztin“ zum Abbau von langen Wartezeiten bzw. zur Abdeckung einer vakanten Stelle“ |
| * Ich nehme zur Kenntnis, dass eine Förderung aus dem Innovationstopf an den zum Zeit­punkt der Antragstellung gültigen Maßnahmenkatalog sowie an die Verfügbarkeit finanziel­ler Mittel gebunden ist. |

|  |  |
| --- | --- |
| **Begründung** | |
| Wie lange müssen Ihre Patienten auf einen „Nicht dringenden Termin“ warten? |  |
| Gibt es für den Patienten eine Ausweich-möglichkeit bei einem Kollegen der gleichen Fachgruppe im Einzugsgebiet innerhalb der Wartezeitenregelung?  Wenn NEIN – aus welchen Gründen und von welchen Kolleg/innen wurde dies mitgeteilt? |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **Unterschrift** | |
| Datum, Unterschrift des/der Antragsteller/in und Vertragsarztstempel |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **Prüfergebnis (auszufüllen von ÄKOÖ und ÖGK)** | |
| **Ärztekammer für Oberösterreich:**  Die Zustimmung zur Förderung aus dem Inno­vationstopf wird gegeben:  🞏 JA  🞏 NEIN  Datum:  Unterschrift: | **Österreichische Gesundheitskasse:**  Die Zustimmung zur Förderung aus dem Inno­vationstopf wird gegeben:  🞏 JA  🞏 NEIN  Datum:  Unterschrift: |