

Österreichische Gesundheitskasse
Vertragspartnerservice
z.H. Frau Carina Kail
Gruberstraße 77
4021 Linz

Per Mail an: carina.kail@oegk.at

FRAGEBOGEN

zur freiberuflichen Berufsausübung
als Wahllogopädin/Wahllogopäde

1. Persönliche Daten

Familien- und Vorname:

VSNR/Geburtsdatum:

Staatsbürgerschaft:

Adresse:

PLZ, Ort:

Telefon-/Handynummer:

E-Mail:

2. Grundvoraussetzungen für Kostenerstattungen

1. **Nachweis** über die **Eintragung in das Gesundheitsberuferegister**
(Kopie der Bestätigung der Eintragung in das Gesundheitsberuferegister ist beizulegen)
2. **Berufserfahrung** nach Abschluss der Berufsausbildung

Damit eine Kostenerstattung für unsere Versicherten geleistet werden kann, ist **entweder** die Ausübung des logopädisch-phoniatrisch-audiologischen Dienstes im Rahmen einer **Vollzeittätigkeit** von zumindest **einem Jahr** (bei Teilzeit entsprechend länger)

- im Dienstverhältnis zum Träger einer Krankenanstalt oder
- im Dienstverhältnis zum Träger sonstiger unter ärztlicher Leitung bzw. ärztlicher Aufsicht stehender Einrichtungen, die der Vorbeugung, Feststellung oder Heilung von Krankheiten oder der Betreuung pflegebedürftiger Personen dienen oder
- im Dienstverhältnis zu freiberuflich tätigen Ärztinnen/Ärzten oder
- im Anstellungsverhältnis zu freiberuflich tätigen Logopädinnen/Logopäden oder
- im Dienstverhältnis zu einer sonstigen im Bereich der Krankenbehandlung tätigen Institution, wenn das Kriterium „intensive Zusammenarbeit dieser Einrichtungen mit Ärzten bzw. mit anderen Gesundheitsberufen“ erfüllt ist,

vorzuweisen **oder**

eine **freiberufliche Tätigkeit von mindestens drei Jahren.**

Wir ersuchen Sie daher um Befüllung der Tabelle oder im Falle der freiberuflichen Tätigkeit um Übermittlung des Nachweises über die Eintragung in das Gesundheitsberuferegister.

Beschäftigung als Logopädin/Logopäde:

Name des Dienstgebers	Zeitraum (Monat/Jahr)	Anzahl der Wochenstunden
	bis	

3. Angaben zu Ihrem Berufssitz

Bezirk:

Straße:

PLZ, Ort:

Telefon-/Handynummer:

E-Mail:

Beilage in Kopie

Nachweis über die Eintragung in das **Gesundheitsberuferegister**

Mit meiner Unterschrift bestätige ich die Richtigkeit meiner Angaben und werde allfällige Änderungen unverzüglich bekanntgeben.

.....
Ort, Datum

.....
Unterschrift

IHRE ANSPRECHPARTNER

Allgemeine Auskünfte

Frau Carina Kail, E-Mail: carina.kail@oegk.at, Tel.: 05 0766 – 14 104812

Fragen zur Kostenerstattung

Team Kostenerstattung, E-Mail: wahlarzthilfe@oegk.at, Tel.: 05 0766 – 14 504910