Tel. +43 5 0766-0
www.gesundheitskasse.at
UID-Nr. ATU74552637

Österreichische Gesundheitskasse

BEWERBUNG

um die ausgeschriebene Planstelle einer/eines freiberuflichen PHYSIOTHERAPEUTIN/PHYSIOTHERAPEUTEN der ☒ÖGK ☐BVAEB

mit dem Berufssitz in ..... und

Besetzungszeitpunkt ..... (laut Stellenausschreibung)

1. Persönliche Daten:

Name .....

VSNR: ……..... Geb.Datum .....

Staatsbürgerschaft: ……

Wohnadresse.....

PLZ, Ort .....

Telefonnummer .....

Handynummer .....

Email .....

2. Grundvoraussetzungen:

a) Nachweis über die Eintragung in das **Gesundheitsberuferegister** mit Stichtag:……..

b) **Berufserfahrung** nach Abschluss der Berufsausbildung:
Sofern die Eintragung als freiberuflich tätige Physiotherapeutin/freiberuflich tätiger Physiotherapeut nicht vor dem 01.01.2022 erfolgte, ist der Abschluss eines Einzelvertrages mit der Österreichischen Gesundheitskasse frühestens ab jenem Zeitpunkt möglich, zu dem nach Abschluss der Berufsausbildung zur Physiotherapeutin/ zum Physiotherapeuten entweder

- • die Ausübung des physiotherapeutischen Dienstes im Rahmen einer Vollzeittätigkeit von zumindest einem Jahr (bei Teilzeit entsprechend länger) oder
- die freiberufliche Tätigkeit als Physiotherapeutin/Physiotherapeut von mindestens 3 Jahren

nachgewiesen werden kann (vgl. dazu § 5 Abs 1 der Rahmenvereinbarung).

ÖGK-VM1/0010-16/V01

Nachweis der Ausübung des physiotherapeutischen Dienstes im Dienstverhältnis:

Name des Dienstgebers	Beschäftigt als	Zeitraum von – bis (Monat/Jahr)	Anzahl der Wochenstunden
	Physiotherapeutin/ Physiotherapeut	bis	
	Physiotherapeutin/ Physiotherapeut	bis	
	Physiotherapeutin/ Physiotherapeut	bis	
	Physiotherapeutin/ Physiotherapeut	bis	

oder

Freiberufliche Tätigkeit als Physiotherapeutin/Physiotherapeut von …….. bis …….

c) **Berufssitz**:

Bezirk: .....

Straße: .....

PLZ, Ort: .....

Telefonnummer: .....

Handynummer: .....

Email: .....

3. Angaben zur Praxis:

Die Praxisräumlichkeiten sind vorhanden:

☐ Ja ☐ Nein

Die Praxisräumlichkeiten erfüllen die Mindeststandards laut Anlage 3 der Rahmenvereinbarung:

☐ Ja ☐ Nein

4. Vorschlag für Behandlungszeiten:

Hinweis: Beachten Sie bitte bei der Festlegung der Behandlungszeiten folgende Punkte:

- Teil-Einzelvertrag: 16 Behandlungsstunden/Woche im Jahresdurchschnitt
- Einzelvertrag: 32 Behandlungsstunden/Woche im Jahresdurchschnitt
- das Verhältnis von fixen zu variablen Wochenstunden muss mindestens 60 % zu 40 % betragen gemäß § 12 Abs. 1 der Rahmenvereinbarung sind die Behandlungszeiten möglichst gleichmäßig auf 5 Werktage, mit mindestens zwei Nachmittagsordinationen zu verteilen. Bei Teilzeitstellen sind die Behandlungszeiten möglichst gleichmäßig auf 3 Werktage, mit mindestens einer Nachmittagsordination, zu verteilen

Wöchentlich insgesamt ..... Stunden

a) ..... Stunden regelmäßig zu folgenden Zeiten:

Montag:	.....	bis	.....	und	.....	bis	.....	Uhr
Dienstag:	.....	bis	.....	und	.....	bis	.....	Uhr
Mittwoch:	.....	bis	.....	und	.....	bis	.....	Uhr
Donnerstag:	.....	bis	.....	und	.....	bis	.....	Uhr
Freitag:	.....	bis	.....	und	.....	bis	.....	Uhr
Samstag:	.....	bis	.....	und	.....	bis	.....	Uhr

b) und darüber hinaus mindestens ..... Wochenstunden zu flexiblen Zeiten für Behandlungen nach Vereinbarung.

5. Absolvierte Zusatzausbildungen:

6. Nebenerwerbstätigkeiten:

☐ Ja ☐ Nein

a) Wenn ja;

welche: .....

b) mit welcher wöchentlichen tatsächlichen Inanspruchnahme und vertraglichen Verpflichtung:

.....

7. Beigelegt werden Kopien *):

(Bitte Zutreffendes ankreuzen)

- ☐ des **Diploms** oder der **Urkunde** über einen **Fachhochschul-Bachelorstudiengang** (siehe Punkt 2b)
- ☐ der Nachweis über die Eintragung in das **Gesundheitsberuferegister**
- ☐ der Nachweise absolvierter **Zusatzausbildungen** (siehe Punkt 5)
- ☐ der **Lebenslauf**
- ☐ der **Familienstandsnachweis**
- ☐ der Nachweis der **Staatsbürgerschaft** eines EWR-Landes

**) Diese Unterlagen müssen unbedingt der Bewerbung beigelegt werden, damit ein Abschluss eines Einzelvertrages mit der Österreichischen Gesundheitskasse möglich ist.*

Hinweis:
Bitte beachten Sie, dass durch Abgabe einer Bewerbung kein Anspruch auf Abschluss eines Einzelvertrages besteht. Falsche Angaben in der Bewerbung berechtigen den zuständigen Versicherungsträger auch nach Abschluss eines Einzelvertrages zum Widerruf bzw. zur Kündigung.

Mit dem Übermitteln der Bewerbungsunterlagen gebe ich mein Einverständnis, dass diese gegebenenfalls zur weiteren Bearbeitung an die BVAEB übermittelt werden dürfen.

.....
Ort, Datum

.....
Unterschrift

Formular ausdrucken

Für allgemeine Auskünfte stehen wir Ihnen unter E-Mail vm1-tf4-gesundheitsberufe@oegk.at gerne zur Verfügung.

Für Auskünfte zum Vertrag mit der BVAEB steht Ihnen Frau Otti-Koban,
E-Mail yvonne.otti-koban@bvaeb.at, gerne zur Verfügung.