

An die
Österreichische Gesundheitskasse
Landesstelle Oberösterreich
z.H. Herrn Gregor Hable
Gruberstraße 77,
4021 Linz, Postfach 61

E-Mail: gregor.hable@oegk.at
Tel. +43 5 0766-502350

ANMELDUNG

- ☐ **als Mentorin oder Mentor**
☐ **als Mentee**

PraxisFit – Mentoring für neue Vertragsärztinnen und Vertragsärzte

Vor- und Nachname:

.....

Vertragspartnernummer (falls bereits vorhanden):

.....

Ordinationsadresse:

.....

Zustelladresse:

.....

Telefon:

.....

E-Mail:

.....

Bitte wenden

Von Mentorin oder Mentor auszufüllen

Ich war in den letzten 10 Jahren mind. 5 Jahre als niedergelassene Vertragsärztin bzw. als niedergelassener Vertragsarzt tätig:

- ☐ Ja
☐ Nein, weil.....

Ich verfüge über eine Lehrpraxisbewilligung:

- ☐ Ja
☐ Nein

Bezirke, in denen ich als Mentorin bzw. Mentor zur Verfügung stehe:

.....

Vom Mentee auszufüllen:

Mein Kassenvertrag

- ☐ läuft seit
- ☐ beginnt am

Ich erkläre mich hiermit bis auf Widerruf bereit, als Mentorin bzw. Mentor/Mentee für PraxisFit-Mentoring für neue Vertragsärztinnen und Vertragsärzte zur Verfügung zu stehen und dazu in den Ärzte-Pool aufgenommen zu werden. Des Weiteren dürfen meine Kontaktdaten an Interessentinnen und Interessenten der Österreichischen Gesundheitskasse (ÖGK) bei Nachfragen bzw. zum Zwecke der Vermittlung bekanntgegeben werden:

.....
Ort, Datum

.....
Unterschrift