

## BEWERBUNG

um die ausgeschriebene Planstelle einer/eines  
freiberuflichen **LOGOPÄDIN/LOGOPÄDEN**

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 Logopädin/freiberuflich tätiger Logopäde 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 Logopädin/zum Logopäden entweder

- die Ausübung des logopädischen Dienstes im Rahmen einer Vollzeittätigkeit von zumindest einem Jahr (bei Teilzeit entsprechend länger) oder
- die freiberufliche Tätigkeit als Logopädin/Logopäde von mindestens 3 Jahren nachgewiesen werden kann (vgl. dazu § 5 Abs 1 der Rahmenvereinbarung).

## Nachweis der Ausübung des logopädischen Dienstes im Dienstverhältnis:

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

oder

Freiberufliche Tätigkeit als Logopädin/Logopäden 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: 13 Behandlungsstunden/Woche im Jahresdurchschnitt
- Einzelvertrag: 26 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 bei der Österreichischen Gesundheitskasse besteht. Falsche Angaben in der Bewerbung berechtigen die Österreichische Gesundheitskasse auch nach Abschluss eines Einzelvertrages zum Widerruf bzw. zur Kündigung.

.....  
Ort, Datum

.....  
Unterschrift

Für allgemeine Auskünfte stehen wir Ihnen unter E-Mail [hmgd-naegb-gesundheitsberufe@oegk.at](mailto:hmgd-naegb-gesundheitsberufe@oegk.at) gerne zur Verfügung.