

**Antrag auf Aufnahme in die Bewerberliste (Warteliste) gemäß
Pkt. VI. 3. der Richtlinien für die Auswahl der
Vertragskieferorthopäden**

Voraussetzung für die Eintragung in die Bewerberliste (Warteliste) ist das Vorliegen eines der in Ziffer 2 des Punkteschemas der Richtlinien für die Auswahl der Vertragskieferorthopäden angeführten Qualifikationskriterien.

Ich stelle den Antrag auf Aufnahme in die Bewerberliste (Warteliste) gemäß den Richtlinien für die Auswahl der Vertragskieferorthopäden als

- Facharzt für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde seit
- Zahnarzt seit

Sozialversicherungsträger:

- Österreichische Gesundheitskasse (ÖGK)
- Versicherungsanstalt öffentlich Bediensteter, Eisenbahnen und Bergbau (BVAEB)
- Sozialversicherungsanstalt der Selbständigen (SVS)

Persönliche Daten:

Geschlecht: männlich weiblich Titel:

Familienname: Vorname:

Geburtsname: Geb.Datum:

EWR-Staatsangehörigkeit: seit:

Promotion am: in:

Nostrifikation am: in:

Postanschrift:

.....

Tel.Nr.: FAX: E-Mail:

Qualifikationskriterien gemäß Pkt. VI. Ziffer 2 der Richtlinien für die Auswahl der Vertragskieferorthopäden:

Qualifikationskriterium	seit
<input type="checkbox"/> Habilitation im Bereich der Kieferorthopädie	
<input type="checkbox"/> Ausbildung zum Fachzahnarzt für KFO (mit entsprechender Ausbildung im EU-Inland und Ausland)	
<input type="checkbox"/> Klinisch-universitäre Vollzeitausbildung KFO <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> ein Ausbildungsjahr <input type="checkbox"/> zwei Ausbildungsjahre <input type="checkbox"/> drei Ausbildungsjahre 	
<input type="checkbox"/> Nachweis der Befähigung nach den Richtlinien des Austrian Board of Orthodontists (ABO)	
<input type="checkbox"/> Nachweis der Befähigung nach den Richtlinien des European Board of Orthodontists (EBO)	
<input type="checkbox"/> Entsprechende postgraduale Ausbildung in der KFO (zB. MSc)	
<input type="checkbox"/> Fortbildungsnachweis (Fortbildungsdiplom „Kieferorthopädie“ der ÖZÄK) oder	
<input type="checkbox"/> gleichwertige Weiterbildung innerhalb oder außerhalb der EU	

Obige Angaben sind durch die entsprechenden Unterlagen im Original bzw. als beglaubigte Kopien zu belegen.

Datum:

Unterschrift:

Bestätigung der Landes Zahnärztekammer für Tirol über die Eintragung in die Warteliste:

Datum : Unterschrift :