

## **Bestätigung für Vertretungen im „Allgemeinmedizinischen Nachtbereitschaftsdienst“**

Nach den Richtlinien über die Auswahl der § 2-Vertragsärzte wird die Tätigkeit im organisierten kassenärztlichen Bereitschaftsdienst je 6 Stunden – Nachtbereitschaftsdienst an Werktagen – für die Bewerbung um Kassenplanstellen berücksichtigt. Auch wird eine diesbezügliche Vertretungstätigkeit bei einer zukünftigen Bewerbung um eine § 2-Kassenstelle im Punkteschema berücksichtigt. Damit die Vertretung im Punkteschema jedoch berücksichtigt werden kann, muss diese **vor Antritt der Vertretung der Ärztekammer für Tirol schriftlich** z.Hd. Frau Schrantz ([kammer@aektirol.at](mailto:kammer@aektirol.at)) **bekannt gegeben werden.**

Darüber hinaus ist für die punktemäßige Anerkennung der Vertretung diese **Bestätigung für Vertretungen im „Allgemeinmedizinischen Nachtbereitschaftsdienst“** vom Vertreter und vom vertretenen Arzt unter Anführung der Ordinationsadresse und Anbringung seines Arztstempels zu unterfertigen. Diese Bestätigung ist sodann vom Vertreter **monatlich der Ärztekammer** für Tirol, z.Hd. Frau Schrantz ([kammer@aektirol.at](mailto:kammer@aektirol.at)) zu **übermitteln.**

Für eine allfällige Bewerbung um eine Kassenplanstelle ist bei der Ärztekammer für Tirol sodann rechtzeitig eine gesonderte Bestätigung, aus der die Anzahl der geleisteten Stunden ersichtlich ist, anzufordern, damit diese den Bewerbungsunterlagen beigelegt werden kann.

**Wir bitten Sie, die Rückseite dieses Formulars auszufüllen und monatlich der Ärztekammer für Tirol, z.Hd. Frau Schrantz, zu senden.**

### Hinweis für die Punkteberechnung:

Nach dem Punkt VI. D) b) des Punkteschemas erhält ein Bewerber für die Tätigkeit im organisierten kassenärztlichen Bereitschaftsdienst je 6 Stunden: 0,01 Punkte.  
Für diese Tätigkeit und die Tätigkeit im organisierten Notarztsystem werden maximal 1,4 Punkte vergeben.

An die  
ÄRZTEKAMMER FÜR TIROL  
Anichstraße 7  
6020 Innsbruck

**Bestätigung für Vertretungen im „Allgemeinmedizinischen  
Nachtbereitschaftsdienst“**

**in der Praxis: .....**  
(Name und Anschrift)

Eintragung der „Allgemeinmedizinischen Nachtbereitschaftsdienste“

Nacht von: Datum	bis: Datum	Stundenanzahl:

Hiermit wird bestätigt, dass der Vertreter die alleinige Vertretung der ärztlichen Praxis im oben angeführten Zeitraum, d.s. .... Nächte bzw. ....Stunden übernommen hat.

Der Vertreter:

Der Praxisinhaber

Name:

Name:

Anschrift:

Anschrift:

.....  
Unterschrift:

.....  
Stempel und Unterschrift:

Datum: