

# Bewerbungsformular

für die Bewerbung als Facharzt<sup>1</sup> auf eine von den Tarifpartnern (Liechtensteinische Ärztekammer und Liechtensteinischer Krankenkassenverband) ausgeschriebene Stelle in der ärztlichen Bedarfsplanung der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP).

Name:

Geburtsdatum:

Strasse:

Postleitzahl/Ort:

Telefon:

E-Mail:

Facharzttitel:

**Ich bewerbe mich für eine:**                      **50%-Stelle**                      **100%-Stelle**

*im Fachbereich*

*Beginn der Tätigkeit:*    gemäss Ausschreibung

*Eingabefrist:*                      gemäss Ausschreibung. Bewerbungen sind an die Liechtensteinische Ärztekammer, St. Martins-Ring 1, 9492 Eschen, zu senden. Massgeblich für die Fristeinhaltung ist das Datum des Poststempels.

*Hinweis Warteliste:*              Bewerber, die bereits in die Warteliste eingetragen sind, sich jedoch nicht bewerben, bleiben unverändert in der Warteliste eingetragen und können sich bei künftigen Ausschreibungen weiterhin bewerben.

---

<sup>1</sup> Als „Facharzt“ sowie unter anderen Personen-, Funktions- und Berufsbezeichnungen sind Angehörige des weiblichen und männlichen Geschlechts zu verstehen.

## I. Fragen zu Grundvoraussetzungen und Ausschlussgründen:

Die nachstehenden Voraussetzungen, Bedingungen und Nachweise müssen zu dem in der Ausschreibung genannten Ende der Eingabefrist erfüllt sein bzw. vorliegen:

### 1. Sind Sie zur Ausübung des ärztlichen Berufes im Fürstentum Liechtenstein berechtigt?

Ja

Nein

*Nachweis:* Bewilligung des Amtes für Gesundheit zur eigenverantwortlichen Ausübung des ärztlichen Berufes. In Ausnahmefällen genügt die Vorlage einer Zusicherung des Amtes für Gesundheit, dass die Voraussetzungen für die Bewilligung mit Ausnahme des Vorliegens einer Haftpflichtversicherung und Räumlichkeiten gegeben sind.

### 2. Haben Sie die im Ausschreibungstext geforderte Zusatzausbildung absolviert?

Ja

Nein

keine Zusatzqualifikationen gefordert gemäss Ausschreibung

*Nachweis:* Fähigkeitsausweise, Diplome o.ä.

### 3. Welche Staatsbürgerschaft haben Sie?

Liechtenstein

Schweiz

Österreich

Deutschland

Andere:

*Nachweis:* Kopie Pass oder Identitätskarte

### 4. Haben Sie den Wehrdienst bzw. den Ersatzdienst (z.B. Zivildienst) abgeleistet?

Ja

Nein

Ich bin nicht wehrdienstpflichtig

*Nachweis:* Bestätigung der zuständigen Stelle, z.B. Ausmusterung, Entlassung aus Militärdienst o.ä.

### 5. Sichern Sie hiermit zu, sich vertraglich zu verpflichten, regelmässig während mindestens 16 Stunden pro Woche (50%-Stelle) bzw. 32 Stunden pro Woche (100%-

**Stelle) im Inland (oder als Belegarzt in ausländischen Spitälern) ärztlich tätig zu sein? Die ärztliche Tätigkeit umfasst Sprechstundenzeit, OPS-Zeiten, Beleg- und Konsiliararztstätigkeit, Krankenbesuche sowie Arbeit in Abwesenheit des Patienten.**

Ja

Nein

*Nachweis:* Unterzeichnung des Bewerbungsformulars

**6. Sind Sie jünger als 55 Jahre?**

Ja

Nein

*Nachweis:* Kopie Pass oder Identitätskarte

**7.1. Wurde Ihnen ein Vertrag mit der liechtensteinischen OKP bereits einmal rechtskräftig gemäss Art. 19c KVG gekündigt?**

Ja

Nein

*Nachweis:* Unterzeichnung des Bewerbungsformulars

**7.2. Haben Sie einen Vertrag mit der liechtensteinischen OKP bereits einmal gekündigt?**

Ja

Grund:

Nein

*Nachweis:* Unterzeichnung des Bewerbungsformulars

**7.3. Haben Sie innerhalb der letzten fünf Jahre eine bereits zuerkannte OKP-Stelle schriftlich oder mündlich ohne schwerwiegenden Grund, der objektiv nachvollziehbar ist und nicht durch Sie selbst verursacht wurde, abgelehnt?**

Ja

Grund:

Nein

*Nachweis:* Unterzeichnung des Bewerbungsformulars

**II. Fragen / Angaben zu den Reihungskriterien:**

Die nachstehenden Voraussetzungen, Bedingungen und Nachweise müssen zu dem in der Ausschreibung genannten Ende der Eingabefrist erfüllt sein bzw. vorliegen:

**1. Zeiten ärztlicher Tätigkeit:**

Als Zeiten ärztlicher Tätigkeit werden alle Zeiten angerechnet, in denen der Bewerber den Beruf des Arztes eigenverantwortlich ausgeübt hat, ebenso zählt die Zeit der fachärztlichen Weiterbildung. Im Ausland absolvierte ärztliche Tätigkeiten werden berücksichtigt, wenn die Berechtigung zur Ausübung dieser Tätigkeit im Fürstentum Liechtenstein aufgrund der geltenden Vorschriften anzuerkennen ist oder diesen inhaltlich entspricht. Sich deckende Zeiten werden nur einfach angerechnet.

Nachzuweisen sind die Zeiten ärztlicher Tätigkeiten durch eine Bestätigung des Arbeitgebers (bei Tätigkeiten im Angestelltenverhältnis) bzw. durch die Vorlage der Bewilligung zur freiberuflichen Tätigkeit.

von TT/MM/JJJJ	bis TT/MM/JJJJ	Arbeitgeber bzw. Praxissitz (freiberuflich)

## 2. Zusätzliche fachliche Qualifikationen

Falls in der Ausschreibung Zusatzqualifikationen vorausgesetzt werden, sind diese nachfolgend zu benennen. Ein schriftlicher Nachweis über jede dieser Zusatzqualifikationen ist der Bewerbung beizulegen.

Bezeichnung der Zusatzqualifikation bzw. des Diploms, Fähigkeitsausweises o.ä.

## 3. Zeitpunkt der Eintragung in die OKP-Warteliste

Eintragung in die Warteliste am (TT/MM/JJJJ):

**Hinweis:** Das Datum der Eintragung in die OKP-Warteliste kann bei Bedarf bei der Ärztekammer ([office@aerztekammer.li](mailto:office@aerztekammer.li)) erfragt werden. Wird das Feld leer gelassen, obwohl der Bewerber auf der Warteliste geführt wird, wird der Stichtag durch die Ärztekammer eingetragen.

## 4. Behindertengerechter Praxiszugang

Entspricht die Praxis, in der Sie Ihre Tätigkeit ausüben werden, den Anforderungen einer behindertengerechten Bauweise?

Ja

Nein

*Nachweis:* Bestätigung des Hochbauamtes, des zuständigen Gemeindebauamts des Liechtensteinischen Behindertenverbandes

## 5. Mutterschutzzeiten

Zurückgelegte Mutterschutzzeiten und elternbedingte Karenzzeiten, auch wenn diese in einem anderen EWR Mitgliedsstaat oder in der Schweiz zurückgelegt wurden:

Mutterschutzzeiten (TT/MM/JJJJ) \_\_\_\_\_ bis (TT/MM/JJJJ) \_\_\_\_\_

Karenzzeiten (TT/MM/JJJJ) \_\_\_\_\_ bis (TT/MM/JJJJ) \_\_\_\_\_

*Nachweis:* Entsprechende schriftliche Bestätigung

## 6. Lokale Versorgungssicherheit

Sind Sie bereit, sich vertraglich zu verpflichten, einen bestimmten, für die OKP bereits zugelassenen Praxisbetrieb zu übernehmen?

Ja

Praxis:

Nein

*Nachweis:* Schriftliche Gegenseitigkeitserklärung des bisherigen Praxisinhabers und des Bewerbers auf Übergabe bzw. Übernahme der Praxis im Falle der Stellenzuteilung an den Bewerber.

## 7. Besondere Kenntnisse des Patientengutes

Haben Sie bereits in der zu übernehmenden Praxis z. B. als Praxisassistent, im Rahmen von Vertretungen oder als angestellter Arzt ohne OKP-Zulassung mitgearbeitet?

Ja

Praxis:

Nein

*Nachweis:* Zeiten unten angeben, schriftliche Bestätigung der einzelnen Zeiten durch den Praxisinhaber

von TT/MM/JJJJ	bis TT/MM/JJJJ	Praxisname, Art der Tätigkeit (z.B. Vertretung, Assistenzzeit etc.)

### III. Anlagen und Hinweise:

- Dem Bewerbungsformular ist ein kurzer Lebenslauf beizulegen.
- Für die Bewerbung bzw. die Punkteberechnung werden ausschliesslich die Angaben auf dem gegenständlichen Bewerbungsformular herangezogen, sofern diese richtig sind bzw. bis spätestens zum Ende der Bewerbungsfrist entsprechend nachgewiesen wurden.
- Die Tarifpartner können für die Einreichung von Nachweisen eine Fristerstreckung von zwei Wochen gewähren, falls diese vor Fristablauf schriftlich unter Angaben von Gründen beantragt wird, die Bewerbung fristgerecht eingereicht wurde und der Antrag auf Fristerstreckung auf nachvollziehbaren Gründen beruht, welche nicht in der Sphäre des Bewerbers liegen (z.B. Verzögerung bei Arbeitszeitbestätigungen, behördlichen Dokumenten etc.). Für Versäumnisse, die der Bewerber verschuldet hat, kann keine Nachfrist gewährt werden.
- Das Risiko allfälliger Fehler oder Unvollständigkeiten des Fragebogens hat ausschliesslich der Bewerber zu tragen.
- Von LKV oder der Ärztekammer werden keine Ergänzungen fehlender Angaben vorgenommen, vorbehaltlich des Zeitpunkts der Eintragung in die Warteliste. Korrekturen aufgrund amtsbekannter Tatsachen (z. B. Eintragung in die Warteliste, Zeiten der Eintragung in die Ärzteliste, etc.) werden gegebenenfalls im Rahmen des Auswahlverfahrens vorgenommen.
- Sämtliche Urkunden sind in beglaubigter Kopie und jedenfalls in deutscher Sprache vorzulegen. Es werden keine Unterlagen retourniert.
- Falsche Angaben sowie die Nichteinhaltung einer Bekanntgabepflicht, die in die Bewertung einfließen, führen – sofern sie bis zum Zulassungsentscheid bekannt werden – zum Ausschluss vom Auswahlverfahren. Wenn diese erst zu einem späteren Zeitpunkt bekannt werden, gelten sie als Fehlen der Voraussetzungen für die Zulassung zum Auswahlverfahren.

Bitte den Fragebogen in Blockbuchstaben ausfüllen und bis zu dem in der Ausschreibung genannten Termin (Posttempel massgeblich) senden an:

Liechtensteinische Ärztekammer, St. Martins-Ring 1, 9492 Eschen.

Allfällige Fragen können per E-Mail an [office@aerztekammer.li](mailto:office@aerztekammer.li) oder [info@lkv.li](mailto:info@lkv.li) gerichtet werden.

(Datum)

(Unterschrift des Bewerbers)