

## BEWERBUNG

um die ausgeschriebene Planstelle einer freiberuflichen  
**PHYSIOTHERAPEUTIN**

mit dem Berufssitz in ..... und

Besetzungszeitpunkt ..... (laut Stellenausschreibung)

### 1. Persönliche Daten:

Name .....

(ggf. Ledigename: .....) VSNR: ..... Geb.Datum .....

Staatsbürgerschaft: .....

Wohnadresse.....

PLZ, Ort .....

Familienstand:             verheiratet             ledig             geschieden

Anzahl der Kinder: .....

Telefonnummer .....

Handynummer .....

Email .....

## 2. Grundvoraussetzungen:

Hinweis: Abschluss eines Einzelvertrages mit der OÖGKK ist frühestens ab jenem Zeitpunkt möglich, ab dem die 1-jährige Berufserfahrung (siehe Punkt 2b) nachgewiesen werden kann und eine Meldung über die freiberufliche Niederlassung der zuständigen Bezirksverwaltungsbehörde mit Angabe eines Berufssitzes (siehe Punkt 2a und 2c) vorliegt.

- a) **Ausstellungsdatum der Freiberuflichkeitsmeldung:** .....  
(Kopie der Freiberuflichkeitsmeldung der zuständigen Bezirksverwaltungsbehörde unbedingt erforderlich)

- b) **Berufserfahrung nach Abschluss der Berufsausbildung:**

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

Der/die PhysiotherapeutIn weist nach Abschluss der Berufsausbildung zum/zur PhysiotherapeutIn eine einschlägige Berufserfahrung von mindestens einem Jahr in Vollzeit nach. Diese kann im Rahmen eines Dienstverhältnisses

- a) zum Träger einer Krankenanstalt oder
- b) zum Träger sonstiger unter ärztlicher Leitung bzw. ärztlicher Aufsicht stehender Einrichtungen, die der Vorbeugung, Feststellung oder Heilung von Krankheiten oder der Betreuung pflegebedürftiger Personen dienen, oder
- c) zu freiberuflich tätigen Ärzten oder
- d) zu einer sonstigen im Bereich der Krankenbehandlung tätigen Institution

erlangt werden. Im Falle einer Teilzeitbeschäftigung verlängern sich die Zeiten entsprechend.

Die unter a) bis d) angeführten Dienstverhältnisse müssen folgende Kriterien erfüllen:

- + Möglichkeit des fachlichen Austauschs in Form von fachlicher Intervention und Teambesprechungen sowie
- + Möglichkeit zur Hospitation bei berufserfahrenen KollegInnen und Supervision sowie
- + Angebot regelmäßiger interner Fortbildungen und Verpflichtung zum Besuch externer Fortbildungen

Das unter d) angeführte Dienstverhältnis muss darüber hinaus das Kriterium „intensive Zusammenarbeit dieser Einrichtungen mit ÄrztInnen“ erfüllen.

Auf die Berufserfahrung gem. lit. 2 kann auch eine Tätigkeit nach dem MMHmG in einem Anstellungsverhältnis (unter ärztlicher Aufsicht) im Ausmaß von maximal 6 Monaten angerechnet werden. Die Anerkennung dieser Tätigkeit erfolgt im Einzelfall im Einvernehmen zwischen dem Verein der freiberuflichen PhysiotherapeutInnen OÖ und der OÖGKK.

Im Einzelfall kann eine Berufserfahrung im Einvernehmen zwischen dem Verein der freiberuflichen PhysiotherapeutInnen OÖ und der OÖGKK auch bestätigt werden, wenn die Gesamtbewertung der beruflichen Aktivitäten (zB Zusammenarbeit mit erfahrenen Angehörigen der Gesundheitsberufe, Vertragsverhältnis zu einem Krankenversicherungsträger) eine den vertraglich geregelten Kriterien gem. lit. 2 in Hinblick auf Qualität und Quantität gleichwertige Berufserfahrung ergibt

c) **Berufssitz:**

(Kopie der Meldung der Bezirksverwaltungsbehörde unbedingt erforderlich - siehe Punkt 2a)

Bezirk: .....

Straße: .....

PLZ, Ort: .....

Telefonnummer: .....

Handynummer: .....

Email: .....

**3. Angaben zur Praxis:**

(Bitte Zutreffendes ankreuzen)

- Eigene Praxis**
- Eingemietete Praxis**
- Praxis, die kostenlos benützt werden kann**  
(wie zB Schule, Kindergarten, Altenheime)

Die von mir oben angekreuzte Praxis weist nachstehenden Mindeststandard auf:

- Therapieraum: abgeschlossen, natürlich belichtet und belüftet, ausschließlich für Therapiezwecke  
(für Einzeltherapien mit einer Raumgröße von mind. 16 m<sup>2</sup> und für Gruppentherapien mit mind. 20 m<sup>2</sup>)
- eigener Wartebereich
- Patienten-WC
- gekennzeichnete und patientengerechter Zugang zur Praxis
- Mindestausstattung des Therapieraumes: 1 Behandlungsbett, Hilfsmittel entsprechend der angegebenen Therapiekonzepte
- behindertengerechte Ausstattung (Zugang, WC,...) *nicht verpflichtend*

**4. Vorschlag für Behandlungszeiten:**

**Hinweis:** Beachten Sie bitte bei der Festlegung der Behandlungszeiten folgende Punkte:

- mindestens 20 bis maximal 40 Wochenstunden
- das Verhältnis von fixen zu variablen Wochenstunden muss mindestens 60 % zu 40 % betragen (Beispiel: gesamt 40 Wochenstunden, verteilt auf 24 fixe Wstd. und 16 variable Wstd.)
- Gemäß § 10 Abs. 6 sind die Behandlungszeiten möglichst gleichmäßig auf 5 Werktage, mit mindestens zwei Nachmittagsordinationen 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:**

Hinweis: Nachweise sind unbedingt erforderlich und somit der Bewerbung beizulegen

- Kinder-Bobath       Vojta       Manuelle Lymphdrainage       Bindegewebsmassage  
 Sonstiges

## **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 **Freiberuflichkeitsmeldung** der zuständigen Bezirksverwaltungsbehörde  
(siehe Punkt 2a)  
 der Nachweise absolvierter **Zusatzausbildungen** (siehe Punkt 5)  
 **Lebenslauf**  
 **Familienstandsnachweis**  
 Nachweis der **Staatsbürgerschaft** eines EWR-Landes

*\*) Diese Unterlagen müssen unbedingt der Bewerbung beigelegt werden, damit ein Abschluss eines Einzelvertrages mit der OÖ Gebietskrankenkasse möglich ist.*

.....  
Ort, Datum

.....  
Unterschrift

**Für allgemeine Auskünfte stehen Ihnen**

**Andrea Landsfried, ☎ 05 78 07 – 10 48 12, ✉ [andrea.landsfried@oegkk.at](mailto:andrea.landsfried@oegkk.at),  
oder Ingrid Fassmann, ☎ 05 78 07 – 10 48 14, ✉ [ingrid.fassmann@oegkk.at](mailto:ingrid.fassmann@oegkk.at) und**

**für Abrechnungsfragen**

**Petra Wiesinger, ☎ 05 78 07 – 10 48 46, ✉ [petra.wiesinger@oegkk.at](mailto:petra.wiesinger@oegkk.at)  
gerne zur Verfügung.**