

# Fragebogen\*

für die Bewerbung auf eine von den Tarifpartnern (Liechtensteinische Ärztekammer und Liechtensteiner Krankenkassenverband) ausgeschriebene Bedarfsstelle in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung als Facharzt mit Praxisstandort im Fürstentum Liechtenstein

Name: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Wohnort: \_\_\_\_\_

Strasse: \_\_\_\_\_

Telefon / Email: \_\_\_\_\_

Facharzttitel: \_\_\_\_\_

**Ich bewerbe mich auf eine 50%-Stelle im Fachbereich Nephrologie**

Beginn der Tätigkeit: Gemäss Ausschreibung

Hinweis Warteliste: Bewerber die bereits in die Warteliste eingetragen sind und sich dieses Mal noch nicht bewerben (z.B. weil bestimmte Voraussetzungen wie Abschluss der Ausbildung, etc. noch nicht erfüllt sind), bleiben unverändert in der Warteliste eingetragen und können sich bei der nächsten bzw. bei künftigen Ausschreibungen bewerben.

---

\* Der Bewerber anerkennt mit dem Ausfüllen des Fragebogens und der Teilnahme am Auswahlverfahren, dass sich der Fragebogen auf die jeweils aktuelle Stellenausschreibung bezieht und das Verfahren gemäss der Vereinbarung zwischen Liechtensteinischem Krankenkassenverband und Liechtensteinischer Ärztekammer über die Stellenbesetzung in der Bedarfsplanung für die ärztliche Versorgung in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) vom 7. September 2017 durchgeführt wird. Als „Arzt“ sowie unter anderen Personen-, Funktions- und Berufsbezeichnungen sind Angehörige des weiblichen und männlichen Geschlechts zu verstehen.

**Bitte in Blockbuchstaben ausfüllen und bis 10. Januar 2022! per Einschreiben senden an:  
Liechtensteinische Ärztekammer, St. Martins-Ring 1, 9492 Eschen**

## I. Fragen zu Grundvoraussetzungen und Ausschlussgründen:

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

**1. Sind Sie zur unbefristeten Ausübung des ausgeschriebenen ärztlichen Berufes im Fürstentum Liechtenstein berechtigt oder liegt eine Zusicherung des Amtes für Gesundheit vor?**

- Ja
- Nein

*Nachweis:* Bewilligung zur eigenverantwortlichen Ausübung des ärztlichen Berufes gemäss Konzession lt. Urkunde des Amtes für Gesundheit bzw. Eintragung in die Ärztesliste. In Ausnahmefällen genügt die Vorlage einer Bestätigung des Amtes für Gesundheit, dass die Voraussetzungen für die Bewilligung, lediglich mit Ausnahme des Vorliegens einer Haftpflichtversicherung und Räumlichkeiten, gegeben sind.

**2. Haben Sie die im Ausschreibungstext geforderte Zusatzausbildung absolviert? (Nur auszufüllen, wenn im Ausschreibungstext eine Zusatzausbildung verlangt wird)**

- Ja
- Nein

*Nachweis:* Zeugnisse, Diplome, etc.

**3. Welche Staatsbürgerschaft haben Sie?**

- Liechtenstein
- Schweiz
- Österreich
- Deutschland
- Andere: \_\_\_\_\_

*Nachweis:* Staatsbürgerschaftsurkunde

**4. Wie beurteilen Sie Ihre Kenntnisse der deutschen Sprache in Wort und Schrift? (Nur von Bewerbern ausserhalb des deutschen Sprachraumes auszufüllen)**

- Sehr gut
- Gut
- Zur Verständigung ausreichend
- Keine ausreichenden Kenntnisse

**5. Haben Sie Präsenz-, Zivildienst udgl. abgeleistet oder können Sie den Nachweis erbringen, dass diesbezügliche Verpflichtungen nicht (mehr) bestehen bzw. bestanden haben.**

- Ja
- Nein

*Nachweis:* Durch entsprechende Urkunden, z.B. Bestätigung Bundesheer, u.ä.

6. 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:* Durch persönliche Unterfertigung dieses Fragebogens

7. Sind Sie jünger als 55 Jahre?

- Ja  
 Nein

*Nachweis:* Geburtsurkunde

8.

- a) Wurde bereits einmal ein zwischen Ihnen und einem gesetzlichen Krankenversicherungsträger bestehender Vertrag rechtskräftig gekündigt?

- Ja      Welcher: \_\_\_\_\_  
 Nein

*Nachweis:* Durch persönliche Unterfertigung dieses Fragebogens; wenn Beantwortung mit „ja“, nähere schriftliche Angaben zum Sachverhalt.

- b) Haben Sie innerhalb der letzten 5 Jahre eine bereits zuerkannte Stelle schriftlich oder mündlich abgelehnt, bevor die beabsichtigte Zulassung erfolgte und ohne schwerwiegenden Grund, der objektiv nachvollziehbar ist und nicht durch Sie selbst verursacht wurde. Die Frist beginnt mit dem Zeitpunkt der seinerzeitigen Besetzung der zuerkannten Stelle durch einen anderen Arzt zu laufen.

- Ja      Welche: \_\_\_\_\_  
 Nein

*Nachweis:* Durch persönliche Unterfertigung dieses Fragebogens; wenn Beantwortung mit „ja“, nähere schriftliche Angaben zum Sachverhalt.

## II. Fragen / Angaben zu den Reihungskriterien:

**Stichtag:** 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 (Art. 5 Abs. 2 ÄrzteG) ausübt oder sich in fachärztlicher Weiterbildung befindet. Rechtmässig ausgeübte Tätigkeiten im Ausland 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. Als Nachweis ist der Bewerbung über Zeiten angestellter ärztlicher Tätigkeiten eine Bestätigung des Dienstgebers bzw. der Dienstvertrag, über Zeiten freiberuflicher (im Sinne Art. 5 Abs. 2 ÄrzteG) ärztlicher Tätigkeit eine Bestätigung der zuständigen Bewilligungsbehörde beizufügen.

Von TTMMJJ	Bis TTMMJJ	Art und Ort der Tätigkeit, ggf. Name des Dienstgebers

### 2. Zusätzliche fachliche Qualifikationen

Als zusätzliche fachliche Qualifikationen gelten insbesondere fachliche Qualifizierungen innerhalb des Fachgebietes (Subspezialitäten) und Fort- und Weiterbildungen, die vom Amt für Gesundheit oder von der Ärztekammer anerkannt werden.

Ein schriftlicher Nachweis über jede dieser fachlichen Qualifikationen ist der Bewerbung beizufügen.

Von TTMMJJ	Bis TTMMJJ	Art und Ort der Tätigkeit, ggf. Name des Dienstgebers

Weitere fachliche Qualifikationen:

Nr.	Bezeichnung des Diploms oder der fachlichen Qualifikation

### 3. Interesse an künftiger Tätigkeit im Rahmen der OKP

Eintragung in die Warteliste seit (TTMMJJ): \_\_\_\_\_

**Hinweis:** Sofern Sie den Antrag auf Aufnahme in die Warteliste bereits gestellt haben und die Voraussetzungen erfüllt sind, ist das Datum Ihrer Eintragung bereits bekannt. Sie können das Datum per email nachfragen ([office@aerztekammer.li](mailto:office@aerztekammer.li)). Wenn Sie diesen Punkt nicht ausfüllen, wird die rechtskräftige Eintragung in die Warteliste bei der weiteren Bearbeitung unsererseits berücksichtigt.

### 4. Behindertengerechter Praxiszugang

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

Ja

*Nachweis:* Bestätigung des Hochbauamtes, des Bauamts der Standortgemeinde oder des Liechtensteinischen Behindertenverbandes

Nein

*Nachweis:* Durch persönliche Unterfertigung dieses Fragebogens

## 5. Mutterschutzzeiten

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

Mutterschutzzeiten von (TT/MM/JJ) \_\_\_\_\_ bis (TT/MM/JJ) \_\_\_\_\_

Karenzzeiten von (TT/MM/JJ) \_\_\_\_\_ bis (TT/MM/JJ) \_\_\_\_\_

*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      Welcher: \_\_\_\_\_

Nein

*Nachweis:* Schriftliche Erklärung des bisherigen und des künftigen Praxisinhabers

## 7. Besondere Kenntnisse des Patientengutes

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

- Ja in welcher: \_\_\_\_\_
- Nein

Ein Nachweis über die Zeiten, in denen in der Praxis mitgearbeitet wurde, ist samt Bestätigung des Praxisinhabers der Bewerbung beizufügen:

Von TT/MM/JJ	Bis TT/MM/JJ	Art der Tätigkeit

### III. Anlagen und Hinweise:

- Dem Fragebogen ist ein Lebenslauf des Bewerbers beizufügen
- Für die Bewerbung bzw. die Punkteberechnung werden ausschliesslich die Angaben auf dem gegenständlichen Fragebogen herangezogen, sofern diese richtig sind bzw. bis spätestens zum Ende der Bewerbungsfrist entsprechend nachgewiesen wurden.
- Nachweise können ausnahmsweise bis zwei Wochen nach Ablauf der Bewerbungsfrist nachgereicht werden, wenn gleichzeitig mit der fristgerechten Abgabe der Bewerbung schriftlich und begründet um eine Nachfrist angesucht wird.
- 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. Korrekturen aufgrund amtsbekannter Tatsachen (z. B. Eintragung in die Warteliste, Zeiten der Eintragung in die Ärzteliste, etc.) werden ggf. im Rahmen des Prüfungsverfahrens vorgenommen.
- Sämtliche Urkunden sind im Original oder in beglaubigter Abschrift und jedenfalls in deutscher Sprache vorzulegen. Es werden keine Unterlagen retourniert. Bei inländischen Urkunden genügen Kopien.
- 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.

Bitte den Fragebogen in Blockbuchstaben ausfüllen und bis zu dem auf Seite 1 genannten Termin per Einschreiben senden an:

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

Für allfällige Fragen stehen wir Ihnen zur Verfügung. Bitte melden Sie sich telefonisch an (+423 370 20 30) oder per E-Mail: [office@aerztekammer.li](mailto:office@aerztekammer.li).

.....  
(Datum)

.....  
(Unterschrift des Bewerbers)