

An die  
**Österreichische Gesundheitskasse**  
**Landesstelle Oberösterreich**  
**z.H. Herrn Gregor Hable**  
Gruberstraße 77,  
4021 Linz, Postfach 61

E-Mail: gregor.hable@oegk.at  
Tel. +43 5 0766-502350

## ANMELDUNG

- als Mentorin oder Mentor**  
 **als Mentee**

### PraxisFit – Mentoring für neue Vertragsärztinnen und Vertragsärzte

Vor- und Nachname:

.....

Vertragspartnernummer (falls bereits vorhanden):

.....

Ordinationsadresse:

.....

Zustelladresse:

.....

Telefon:

.....

E-Mail:

.....

**Von der Mentorin bzw. dem Mentor auszufüllen:**

Ich war in den letzten 10 Jahren mind. 5 Jahre als niedergelassene Allgemeinmedizinerin bzw. niedergelassener Allgemeinmediziner tätig:

- Ja  
 Nein, weil.....

Ich verfüge über eine Lehrpraxisbewilligung:

- Ja  
 Nein

Bezirke, in denen ich als Mentorin bzw. Mentor zur Verfügung stehe:

.....

**Vom Mentee auszufüllen:**

Mein Kassenvertrag

- läuft seit .....
- beginnt am .....

Ich erkläre mich hiermit bis auf Widerruf bereit, als Mentorin bzw. Mentor/Mentee für PraxisFit-Mentoring für neue Vertragsärztinnen und Vertragsärzte zur Verfügung zu stehen und dazu in den Ärzte-Pool aufgenommen zu werden. Des Weiteren dürfen meine Kontaktdaten an Interessentinnen und Interessenten der Österreichischen Gesundheitskasse (ÖGK) bei Nachfragen bzw. zum Zwecke der Vermittlung bekanntgegeben werden:

.....

Ort, Datum

.....

Unterschrift