

## Pilotprojekt

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

Anschrift: \_\_\_\_\_

Fach: \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_

Ergeht an: **Ärztammer für Niederösterreich**  
Kurie der niedergelassenen Ärzte  
1010 Wien, Wipplingerstraße 2 – 4  
FAX: 01 / 53 751 / 279

### **Betrifft: Pilotprojekt „Erweiterte Stellvertretung“**

Ich bin an der Teilnahme am Pilotprojekt „Erweiterte Stellvertretung“, welches zwischen der Kurie der niedergelassenen Ärzte der ÄK f NÖ und der NÖ Gebietskrankenkasse vereinbart wurde, sehr interessiert.

Begründung für die Teilnahme an diesem Pilotprojekt: (Zutreffendes bitte ankreuzen bzw. entsprechende Begründung angeben)

Betreuungsverpflichtungen für minderjährige Kinder

Kurze Erklärung: \_\_\_\_\_

Pflegebedürftigkeit eines Angehörigen

Kurze Erklärung: \_\_\_\_\_

Persönliche Erkrankung

Kurze Erklärung: \_\_\_\_\_

Sterbebegleitung für einen Angehörigen

Kurze Erklärung: \_\_\_\_\_

Mandatsausübung

Kurze Erklärung: \_\_\_\_\_

Ärztliche Tätigkeiten bei Sozialversicherungsträgern

Kurze Erklärung: \_\_\_\_\_

Abteilungsleitung in Krankenanstalten

Kurze Erklärung: \_\_\_\_\_

Andere berücksichtigungswürdige Gründe

Kurze Erklärung: \_\_\_\_\_

Name des gewünschten Vertreters: \_\_\_\_\_

Ort, Datum

Unterschrift, Stampiglie