

Arztnr. in Haus



BELEGARZT STAMMDATENBLATT

PERSÖNLICHE DATEN

Nachname:	
Vorname:	
Titel:	Geburtsdatum:
Fachrichtung:	
Zusatzausbildung:	
Ärzttekammernummer:	
Publikationen:	
Email:	

Zusendung von Honorarliste und med. Dokumente via

Elektronisch geschütztem / verschlüsseltem Portal: <input type="checkbox"/> JA
oder per Post an die angegebene Adresse <input type="checkbox"/> PRIVAT oder <input type="checkbox"/> ORDINATION

ADRESSE ORDINATION

Straße/Nummer/Tür:	
PLZ:	Ort:
Telefonnummer:	Fax:

ADRESSE PRIVAT

Straße/Nummer/Tür:	
PLZ:	Ort:
Telefonnummer:	Fax:

ADRESSE INSTITUT / Krankenhaus

Krankenhaus:
Telefonnummer:

BITTE WENDEN



BANKVERBINDUNG

Bankinstitut:
IBAN:
BIC:

Ich möchte in der WPK als

Belegarzt Anästhesist Assistenzarzt Konsiliararzt
tätig werden.

Erklärung:

Die Vereinbarung zwischen der Wiener Privat-Klinik und dem Verband der Versicherungsunternehmen Österreichs vom 12.12.1991 i.d.g.F. samt der darauf basierenden Zusatzprotokolle sowie der ab 01.01.1998 geltenden Schiedsklausel, habe ich zustimmend zur Kenntnis genommen.

Ebenfalls nehme ich die allgemeinen „Vertragsbedingungen für Ärzte der Krankenanstalt Wiener Privat-Klinik“ sowie die „Allgemeinen Geschäftsbedingungen für Privatkrankenanstalten in Österreich“, zuletzt veröffentlicht im Amtsblatt der Wiener Zeitung am 29./ 30. Jänner 1999 und alle weitere anwendbare Bedingungen zustimmend zur Kenntnis. Alle angeführten und sonstigen Bedingungen liegen in der Aufnahmekanzlei und der Verwaltungsdirektion der Wiener Privat-Klinik zur Einsichtnahme auf. Weiters akzeptiere ich die laufenden Änderungen dieser Vertrags-, Geschäfts- und sonstigen Bedingungen, von welchen ich von der Wiener Privat-Klinik jeweils verständigt werde und die in den angeführten Räumlichkeiten zur Einsichtnahme aufgelegt werden, indem ich nach Bekanntgabe dieser Änderungen meine Tätigkeit als Belegarzt in der Wiener Privat-Klinik fortsetze.

Mir ist bekannt, dass meine persönlichen Daten sowie Inhalt und Umfang der ärztlichen Leistungen als auch der Leistungen der WIENER PRIVATKLINIK mittels EDV verarbeitet werden. Ich erkläre mich ausdrücklich damit einverstanden, dass diese Daten an die Krankenversicherer weitergegeben werden dürfen; gleiches gilt für die Abwicklung von Überweisungen und Zahlungen. Weiters stimme ich zu, dass die Wiener Privat-Klinik meine persönlichen Daten für Zusendungen (z.B. Journal, etc.) verwendet.

Unterschrift des Belegarztes:

Wien, am _____