

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 auf diese Mail Adresse: |
| Email:  |

### 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 PrivatKlinik und dem Verband der Versicherungsunternehmen Österreichs vom 12.12.1991 i.d.g.F. samt der darauf basierenden Zusatzprotokolle sowie der ab 01.11.2020 geltenden Schiedsklausel, habe ich zustimmend zur Kenntnis genommen.

Ebenfalls nehme ich die allgemeinen „Vertragsbedingungen für Ärzte der Krankenanstalt Wiener PrivatKlinik“ sowie die „Allgemeinen Geschäftsbedingungen für Privatkrankenanstalten in Österreich“, zuletzt veröffentlicht im Amtsblatt der Wiener Zeitung am 29./ 30. Jänner 1999, die jeweils gültige Hausordnung der WPK und deren Beilagen und alle weitere anwendbare Bedingungen zustimmend zur Kenntnis. Alle angeführten und sonstigen Bedingungen liegen in der Aufnahmekanzlei und der Verwaltungsdirektion der Wiener PrivatKlinik zur Einsichtnahme auf. Weiters akzeptiere ich die laufenden Änderungen dieser Vertrags-, Geschäfts- und sonstigen Bedingungen, von welchen ich von der Wiener PrivatKlinik 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 PrivatKlinik 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 PrivatKlinik meine persönlichen Daten für Zusendungen (z.B. Journal, etc.) verwendet.

Unterschrift des Belegarztes:

Wien, am \_\_\_\_\_