**DIENSTZETTEL**

gem. § 6 Abs. 3 Angestelltengesetz

Frau/Herr …………………………………………………………………………………………….

wohnhaft in …………………………………………………………………….…………………..

ist ab ………………………………….….. als Lehrpraktikantin/Lehrpraktikant

bei Frau/Herrn ……………………………………………………………………………………………….

Ordinationsstempel

beschäftigt.

Der erste Monat gilt als Probemonat.

Das anschließende Dienstverhältnis ist unbefristet/bis ……………… befristet (nicht Zutreffendes streichen).

Ihre wöchentliche Normalarbeitszeit beträgt ……………… Stunden und wird wie folgt aufgeteilt.

Montag: von ………………….Uhr bis …………………………. Uhr

Dienstag: von ………………….Uhr bis …………………………. Uhr

Mittwoch: von ………………….Uhr bis …………………………. Uhr

Donnerstag: von ………………….Uhr bis …………………………. Uhr

Freitag: von ………………….Uhr bis …………………………. Uhr

Samstag: von ………………….Uhr bis …………………………. Uhr

Für das Beschäftigungsausmaß von …………… Stunden/Woche beträgt das monatliche Bruttogehalt EURO …………………………………….. .

Bezüglich Sonderzahlungen (Urlaubsgeld, Weihnachtsremuneration) wird auf das Angestelltengesetz verwiesen.

Die Gehaltszahlung erfolgt jeweils am Letzten eines Kalendermonats im Nachhinein.

Das Ausmaß des Urlaubsanspruches bestimmt sich nach dem Bundesgesetz vom 7.7.1976 BGBl. Nr. 390 in der jeweils geltenden Fassung, betreffend die Vereinheitlichung des Urlaubsrechtes und die Einführung einer Pflegefreistellung (Urlaubsgesetz).

Für die Dauer der Kündigungsfrist und Bestimmung der Kündigungstermine wird auf § 20 des Angestelltengesetzes verwiesen.

Die/der Angestellte ist in die Schweigepflicht des Arztes eingebunden und hat alle Praxisvorgänge sowie den Personenkreis der PatientInnen geheim zu halten. Verstöße dagegen führen zur fristlosen Entlassung. Die Schweigepflicht gilt auch nach Beendigung des Dienstverhältnisses.

Als Mitarbeitervorsorgekasse im Sinne des Bundesgesetzes über die betriebliche Mitarbeitervorsorge gilt die ……………………………………………………………………………………… (Name und Anschrift der Mitarbeitervorsorgekasse) als vereinbart. Die/Der Angestellte ist damit ausdrücklich einverstanden.

Datum: ………………………………………

…………………………………………………………………………………………………...

Unterschrift des Lehr(gruppen)praxis-Inhabers/der Lehr(gruppen)praxis-Inhaberin