

### 3. Ärzte – Datenfelder:

#### Daten der Persönliche Daten

Datenfeldname		Pflichtfeld Ja   Nein		Registrierung Ja   Nein		Vergleich Suchanfragen/Angebote Ja	Datenfeld
3.0	aktiv (Erst bei Freigabe Nutzung möglich wie zb. Nurse-to-rent ?)						
3.1.	Anrede	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
3.2.	Titel	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
3.3.	Name	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
3.4.	Vorname	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
3.5.	Geburtstag	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
3.6.	Strasse	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
3.7.	Adresszusatz	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
3.8.	PLZ	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
3.9.	Ort	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
3.10.	Land	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
3.11.	Telefon privat	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
3.12.	Telefon geschäftlich	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
3.13.	Telefax	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
3.14.	Mobil	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
3.15.	Email (gleichzeitig Benutzername)	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
3.16.	Passwort	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
3.17.	Bevorzugte Kontaktform	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
3.18.	Sprachkenntnisse	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	E35. _____
3.19.	Wie haben Sie von uns erfahren	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
3.20.	Anmerkungen	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____

**Fragen:**

3a)

Bei der Registrierung (<http://www.klartextdesign.de/connect2docs/benutzerkonto-anlegen.php>) wird bei AKTUELLER STATUS nach Derzeitige Beschäftigung und Derzeitiger Arbeitgeber gefragt. Diese Felder sind nicht in MEIN PROFIL vorhanden.

Soll ich diese noch einfügen oder weglassen?????

#### 4. Ärzte – Datenfelder:

##### Daten der Qualifikationen (+ Ausbildung)

Datenfeldname	Pflichtfeld		Registrierung		Vergleich Suchanfragen/Angebote	
	Ja	Nein	Ja	Nein	Ja	Datenfeld
4.1. Studium abgeschlossen <i>Jahr</i>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
4.2. In welchem Land abgeschlossen?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
4.3. Bei welcher Ärztekammer Mitglied?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
4.4. Ausbildung (von Registrierung)	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<u>evtl. E3-3.</u>
4.5. Fachrichtung	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<u>E3.4</u>
4.6. Ausbildungsstand, Facharztkenntnis	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
4.7. Schwerpunktkompetenzen	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<u>E3.21</u>
4.8. Spezialkenntnisse	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<u>E3.20</u>
<b>Nr. 5 – 8 wiederholt sich 3x !!</b>						
4.9. Zusatzbezeichnung	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
4.10. Weitere Zusatzbezeichnung	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
4.11. Weitere Zusatzbezeichnung	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
4.13. Rettungsdienst	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<u>E3.22</u>
4.13. Weitere Spezialkenntnisse	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____

##### Fragen:

4a)

Datenfeld Ausbildung (4.4) mit Select (Assistenzarzt, Facharzt) von Registrierung:

Was ist der genaue Inhalt des Select und wo soll es in MEIN PROFIL angezeigt werden?

## 5. Ärzte – Datenfelder:

### Daten der Einsatzkriterien

Datenfeldname	Pflichtfeld		Registrierung		Vergleich Suchanfragen/Angebote	
	Ja	Nein	Ja	Nein	Ja	Datenfeld
5.1. Vertretungsmöglichkeiten	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
5.2. Sonst. Vertretungsmöglichkeiten	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
5.3. Fachl. Kriterien	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
5.4. Honorarerwartungen						
5.4a für Bereitschaftsdienste €/Stunde	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
5.4b für Tagesdienste €/Stunde	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
5.4c pro Vertretungstag €/Stunde	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
5.5. Geografische Kriterien (PLZ)	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<u>E3.7.</u>
5.6. Interesse Auslandstätigkeit Ja Nein	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<u>entl. E3.9.</u>
5.7. Zeitliche Kriterien	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
5.8. Wie lange möchten eingesetzt werden?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<u>entl. E3.10</u>
5.9. Ergänzende Informationen	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____

(z.B. Einrichtungen, in die Sie nicht vermittelt werden wollen, etc.):

Fragen:

## 6. Ärzte – Datenfelder:

### Daten der Indikatoren für Selbstständigkeit

Datenfeldname	Pflichtfeld Ja   Nein	Registrierung Ja   Nein	Vergleich Suchanfragen/Angebote Ja   Datenfeld
6.1. JA NEIN	<input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> _____
Haben Sie einen Kassenarztsitz oder eine privatärztliche Niederlassung? (Hinweis: Eine privatärztliche Niederlassung kann formlos bei der zuständigen Ärztekammer angezeigt werden.)			
6.2. JA NEIN	<input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> _____
Sind Sie (fest) angestellt (ggf. auf Teilzeitbasis)?			
6.3. JA NEIN	<input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> _____
Sind Sie für mehrere Auftraggeber tätig und beziehen Sie über keinen Einzelnen mehr als 5/6 Ihrer Umsätze?			
6.4. JA NEIN	<input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> _____ Sind
Sie von der gesetzlichen Rentenversicherung befreit? (Wenn Ja: Bitte senden Sie uns eine Kopie Ihres Befreiungsbescheids.)			
6.5. LISTE	<input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> _____ Bei
welchem ärztlichen Versorgungswerk sind Sie Mitglied? (Bitte senden Sie uns eine Kopie Ihrer Mitgliedsbescheinigung.)			
6.6. LISTE	<input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> _____
Sind Sie Mitglied einer Privaten Krankenversicherung? (Wenn Ja: Bitte senden Sie uns eine Kopie Ihrer Mitgliedsbescheinigung.)			
6.7. JA NEIN	<input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> _____
Sind Sie als Selbständiger arbeitslosenversichert? (Wenn Ja: Bitte senden Sie uns eine Kopie Ihrer Mitgliedsbescheinigung.)			
6.8. JA NEIN	<input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> _____
Sind Sie unabhängig vom Auftraggeber haftpflichtversichert?			
6.9. JA NEIN	<input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> _____
Sind Sie unabhängig vom Auftraggeber unfallversichert?			
6.10. JA NEIN	<input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> _____
Setzen Sie bei Ihren Einsätzen eigene Arbeitsmittel ein?			

6.11. JA NEIN

☐ ☒ ☐ ☒ ☐ \_\_\_\_\_

Treten Sie als freiberuflicher Arzt am Markt auf und betreiben Eigenwerbung (ggf. über eine eigene Website)?

6.12. JA NEIN

☐ ☒ ☐ ☒ ☐ \_\_\_\_\_

Tragen Sie Ihr unternehmerisches Risiko dergestalt, dass Sie keine Aufträge erhalten, wenn Sie sich nicht selbst darum kümmern?

6.13.

☐ ☒ ☐ ☒ ☐ \_\_\_\_\_

Beschäftigen Sie selbst weitere versicherungspflichtige Arbeitnehmer?

### Fragen:

6a) Die grauhinterlegten Felder sind bei hireadoctor nicht auswählbar.  
Sollen diese trotzdem aufgeführt werden, oder lassen wir sie weg oder auch unänderbar ???