

Meldung der Tätigkeit als Wohnsitzärztin/Wohnsitzarzt

(Bitte in Blockschrift ausfüllen)

HINWEIS: Felder, die mit der Ziffer „1“ gekennzeichnet sind, enthalten öffentliche Daten der Ärzteliste

I. Angaben zur Person ¹

Familienname:					Vorname:				
ÖÄK-ID									
					-				

II. Angaben zur Tätigkeit

Wohnsitz, von dem aus die Tätigkeit ausgeübt wird ¹														
Postleitzahl		Ort, Straße, Hausnummer, Türnummer					Tätigkeitsbeginn:							
							T	T	M	M	J	J	J	J
Ort der Tätigkeit (wenn kein Wohnsitz in Österreich): ¹														
Ausübung als:														
<input type="checkbox"/> Ärztin/Arzt für Allgemeinmedizin <input type="checkbox"/> Fachärztin/Facharzt für _____ <input type="checkbox"/> Approbierte/r Ärztin/Arzt														
Geplante Tätigkeit: ¹														
<input type="checkbox"/> Praxisvertretungen <input type="checkbox"/> Erstellung von Aktengutachten <input type="checkbox"/> Werkvertragstätigkeiten (arbeitsmedizinische oder schulärztliche Tätigkeiten) <input type="checkbox"/> Teilnahme an ärztlichen Notdiensten oder organisierten Notarzdiensten <input type="checkbox"/> Sonstige:														

Ich bestätige hiermit, dass ich die Bedingungen der gesetzlich vorgeschriebenen Berufshaftpflichtversicherung erfülle und dass mein Versicherer eine diesbezügliche Deckungsbestätigung an die Ärztekammer übermittelt.

Ich nehme zur Kenntnis, dass meine Angaben elektronisch verarbeitet werden. Dies gilt auch für alle zukünftigen Meldungen. Ich versichere, dass ich alle Angaben richtig und vollständig gemacht habe und nehme zur Kenntnis, dass wissentlich unrichtige Angaben rechtliche Konsequenzen nach sich ziehen.

Ort / Datum

Unterschrift der Antragstellerin / des Antragstellers