

## Meldung der Eröffnung einer Niederlassung

(Bitte in Blockschrift ausfüllen)

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

### I. Angaben zur Person <sup>1</sup>

Familienname:					Vorname:				
ÖÄK-ID									
					.				

### II. Angaben zur Niederlassung

Adresse (Ort, Postleitzahl, Straße, Hausnummer, Türnummer) <sup>1</sup>									
Tätigkeitsbeginn:									
Ausübung als:									
<input type="checkbox"/> Approbierte/r Ärztin/Arzt <input type="checkbox"/> Ärztin/Arzt für Allgemeinmedizin <input type="checkbox"/> Fachärztin/Facharzt für _____									
Ordinationsgemeinschaft: <sup>1</sup>									
<input type="checkbox"/> ja, mit _____ <input type="checkbox"/> nein									
Apparategemeinschaft: <sup>1</sup>									
<input type="checkbox"/> ja, mit _____ <input type="checkbox"/> nein									
Gruppenpraxis: <sup>1</sup>									
<input type="checkbox"/> ja, mit _____ <input type="checkbox"/> nein									
Zustelladresse (Im Falle einer Änderung der bisherigen Zustelladresse bitte ausfüllen): <sup>1</sup>									
<input type="checkbox"/> Wohnadresse: _____ <input type="checkbox"/> Ordinationsadresse (wie oben) <input type="checkbox"/> Sonstige: _____									
Die neue Ordination ist (zutreffendes bitte ankreuzen):									
<input type="checkbox"/> Erstordination <input type="checkbox"/> Zweitordination									

Ich bestätige hiermit, dass ich für die Eröffnung einer Niederlassung 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