

Arzt-Nr.: O- _____

Linz, _____

**An die
Ärztchammer f. Oberösterreich
Arbeitsrecht, Wahlärzte & Standesführung
Dinghoferstraße 4
4020 Linz**

Niederlassungsmeldung

Hiermit teile ich der Ärztekammer f. Oberösterreich mit, dass ich mit _____ eine

Wahlarztordination
(Erstordination Zweitordination)

Kassenordination
(Erstordination Zweitordination)

als

Arzt f. Allgemeinmedizin
 Facharzt f. _____

in _____
PLZ Ort Straße

eröffnen werde.

Gilt nur für Kassenärzte:

Ich bin §2-Kassenarzt und führe die Zweitordination als

bewilligte Vertragsordination oder als reine Privatordination

Für §2-Kassenärzte gilt, dass *Zweitordinationen*, in denen Leistungen erbracht werden, die ihrer Art nach eine Krankenbehandlung iSd § 10 des Gesamtvertrages darstellen (wozu auch Mutter-Kind-Pass Leistungen zählen), nur mit Genehmigung von Ärztekammer und Versicherungsträger betrieben werden dürfen. Ohne diese Bewilligung handelt es sich um reine Privatordinationen, in denen nur Leistungen die nicht eine Krankenbehandlung (z.B. Führerscheinuntersuchung, Gutachten, etc.) darstellen erbracht werden dürfen. Als reine Privatordination gilt auch eine Ordination in der nur Vorsorgeuntersuchungen erbracht werden, hierfür ist allerdings bei der Ärztekammer um die Erteilung eines Vorsorgeuntersuchungsvertrages anzuschreiben.

Ordinations-Kommunikationsdaten (öffentlich):

Tel.: _____ Email: _____

Ich bevollmächtige die Ärztekammer für Oberösterreich, meine Daten/Unterlagen an die Österreichische Ärztekammer weiterzuleiten. Diese Vollmacht gilt bis auf Widerruf. Die Vollmacht kann jederzeit schriftlich gegenüber dem Bevollmächtigten widerrufen werden.

Hochachtungsvoll

(Unterschrift)