

## Anmeldung zur Eintragung in die Ärzteliste gemäß § 27 ÄrzteG 1998

(Bitte in Blockschrift ausfüllen)

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

Ich beantrage die Eintragung als: <sup>1</sup>

- Fachärztin/Facharzt für \_\_\_\_\_
- Ärztin/Arzt für Allgemeinmedizin
- Turnusärztin/Turnusarzt

### I. Angaben zur Person

<b>Familienname:</b> <sup>1</sup>		<b>Vorname:</b> <sup>1</sup>	
<b>Akademische Titel: (vor- und nachgestellte)</b> <sup>1</sup>		<b>Geschlecht:</b>	
		<input type="checkbox"/> w <input type="checkbox"/> m <input type="checkbox"/> divers	
<b>Geburtsname:</b> <sup>1</sup>		<b>Geburtsdatum:</b>	
		T   T   M   M   J   J   J   J	
<b>Geburtsort und Staat:</b>			
<i>(Wenn vorhanden)</i> <b>Sozialversicherungsnummer:</b>			
<b>Staatsangehörigkeit:</b>			
<b>Nachweis Staatsangehörigkeit:</b>		<b>Ausstellende Behörde + Ausweisnummer:</b>	<b>Ausstellungsdatum:</b>
<input type="checkbox"/> Staatsbürgerschaftsnachweis/Verleihung <input type="checkbox"/> Reisepass <input type="checkbox"/> Personalausweis <input type="checkbox"/> Sonstige:			T   T   M   M   J   J   J   J
<b>Aufenthaltstitel gem. NAG:</b> <i>(auszufüllen nur bei Drittstaatsangehörigkeit)</i>		<b>Ausstellungsdatum:</b>	<b>Befristet bis:</b>
		T   T   M   M   J   J   J   J	T   T   M   M   J   J   J   J
<b>Sprachprüfung:</b> <i>(Zutreffendes bitte ankreuzen):</i>			
<input type="checkbox"/> <b>Nicht erforderlich, da folgender Ausnahmetatbestand iSd § 1 Abs 2 Sprachprüfungs-VO erfüllt</b> <i>(Zutreffendes bitte ankreuzen):</i>			
<input type="checkbox"/> drei Jahre deutschsprachige Berufstätigkeit im Gesundheitswesen <input type="checkbox"/> deutschsprachige Reifeprüfung oder ein gleichartiger und gleichwertiger Schulabschluss <input type="checkbox"/> abgeschlossenes deutschsprachiges Studium <input type="checkbox"/> erfolgreich absolviertes Studium der deutschen Sprache <input type="checkbox"/> ärztliche Ausbildung und Arzt- oder Facharztprüfung im deutschsprachigen Raum <input type="checkbox"/> gleichartige und gleichwertige Deutschprüfung im Ausland in einem Staat mit Deutsch als Amtssprache			
<input type="checkbox"/> <b>Sprachprüfung der Österreichischen Akademie der Ärzte abgelegt am:</b>			
T   T   M   M   J   J   J   J			

<b>Zustelladresse:</b> <sup>1</sup>	
<b>Postleitzahl:</b>	<b>Ort, Straße, Hausnummer, Türnummer, Staat:</b>
<input type="text"/>	<input type="text"/>
<b>Wohnadresse:</b>	
<b>Postleitzahl:</b>	<b>Ort, Straße, Hausnummer, Türnummer, Staat:</b>
<input type="text"/>	<input type="text"/>

## II. Medizinische Hochschulbildung / Ärztliche Grundausbildung

<b>Abschluss des Studiums:</b>	<b>Universität:</b>	<b>Ort:</b>
T   T   M   M   J   J   J   J	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<b>Oder Nostrifikationsdatum:</b>	<b>Universität:</b>	<b>Ort:</b>
T   T   M   M   J   J   J   J	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<b>Zusätzliche Bescheinigung:</b>	<b>Ausstellende Behörde:</b>	<b>Staat:</b>
T   T   M   M   J   J   J   J	<input type="text"/>	<input type="text"/>

## III. Ärztliche Qualifikation <sup>1</sup> *(nur auszufüllen, wenn bereits eine abgeschlossene Ausbildung zur/zum Fachärztin/Facharzt oder Ärztin/Arzt für Allgemeinmedizin vorliegt)*

<b>Fachärztin/Facharzt für:</b>	<b>Ausstellende Behörde / Ort / Staat:</b>	<b>Abgeschlossen am:</b>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	T   T   M   M   J   J   J   J
<input type="text"/>	<input type="text"/>	T   T   M   M   J   J   J   J
<input type="text"/>	<input type="text"/>	T   T   M   M   J   J   J   J
<b>Ärztin/Arzt für Allgemeinmedizin:</b>	<b>Ausstellende Behörde / Ort / Staat:</b>	<b>Abgeschlossen am:</b>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	T   T   M   M   J   J   J   J

## IV. Ärztliche Tätigkeit <sup>1</sup>

### Ordinationsstätte bei niedergelassenen Ärztinnen/Ärzten

<b>Postleitzahl</b>	<b>Ort, Straße, Hausnummer, Türnummer</b>
<input type="text"/>	<input type="text"/>
<b>Datum der Eröffnung / Tätigkeitsbeginn:</b>	
<input type="text"/>	
<b>Evtl. 2. Niederlassung (Zweitordination):</b>	
<b>Postleitzahl</b>	<b>Ort, Straße, Hausnummer, Türnummer</b>
<input type="text"/>	<input type="text"/>
<b>Datum der Eröffnung / Tätigkeitsbeginn:</b>	
<input type="text"/>	

### Arbeitsstätte bei angestellten Ärztinnen/Ärzten

<b>Krankenanstalt, Klinik, etc.:</b>	<b>Tätigkeitsbeginn:</b>
<input type="text"/>	T   T   M   M   J   J   J   J
<b>Postleitzahl</b>	<b>Ort, Straße, Hausnummer</b>
<input type="text"/>	<input type="text"/>

<b>Anstellung als (Turnusärztin/Turnusarzt, Ärztin/Arzt für Allgemeinmedizin, Fachärztin/Facharzt für...):</b>

### Wohnsitzärztinnen/Wohnsitzärzte

<b>Wohnsitz, von dem aus die Tätigkeit ausgeübt wird</b>										
<b>Postleitzahl</b>	<b>Ort, Straße, Hausnummer, Türnummer</b>	<b>Tätigkeitsbeginn:</b>								
		<table border="1"> <tr> <td>T</td><td>T</td><td>M</td><td>M</td><td>J</td><td>J</td><td>J</td><td>J</td> </tr> </table>	T	T	M	M	J	J	J	J
T	T	M	M	J	J	J	J			

<b>Ort der Tätigkeit (wenn kein Wohnsitz in Österreich):</b>

<b>Geplante Tätigkeit:</b>
<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 Notarztendiensten <input type="checkbox"/> Sonstige:

### Ärztliche Nebentätigkeit

<b>Art der Nebentätigkeit:</b>	<b>Tätigkeitsbeginn:</b>								
	<table border="1"> <tr> <td>T</td><td>T</td><td>M</td><td>M</td><td>J</td><td>J</td><td>J</td><td>J</td> </tr> </table>	T	T	M	M	J	J	J	J
T	T	M	M	J	J	J	J		

### V. Auslandsaufenthalte

<b>Waren Sie in den letzten 5 Jahren länger als 6 Monate im Ausland aufhältig bzw. beruflich tätig?</b> <b>Wenn ja, wo?</b>

## **ERKLÄRUNGEN:**

Ich bevollmächtige \_\_\_\_\_ meine Unterlagen an die Österreichische Ärztekammer weiterzuleiten. Diese Vollmacht bezieht sich auf Eintragungsverfahren gemäß § 27 ÄrzteG 1998, Meldungen von Änderungen und/oder Ergänzungen gemäß § 29 ÄrzteG 1998 sowie auf eine allfällige Erklärung des Verzichts auf die Berufsausübung gemäß § 60 ÄrzteG 1998. Diese Vollmacht gilt bis auf Widerruf. Die Vollmacht kann jederzeit schriftlich gegenüber dem Bevollmächtigten widerrufen werden.

Ich nehme zur Kenntnis, dass eine Eintragung nur unter der Voraussetzung der vollständigen Vorlage aller notwendigen Dokumente und Nachweise (erläuternde Hinweise dazu entnehmen Sie bitte dem zugehörigen „Informationsblatt § 27“) erfolgen kann. Die Aufnahme der ärztlichen Tätigkeit in Österreich ist erst mit Eintragung in die Ärzteliste zulässig.

*(Im Falle der Eröffnung einer Niederlassung bzw. Aufnahme einer Tätigkeit als Wohnsitzärztin/Wohnsitzarzt):* Ich bestätige hiermit, dass ich für die Eröffnung einer Niederlassung bzw. Tätigkeit als Wohnsitzärztin/Wohnsitzarzt die Bedingungen der gesetzlich vorgeschriebenen Berufshaftpflichtversicherung gemäß § 52d ÄrzteG 1998 erfülle. Eine diesbezügliche Deckungsbestätigung durch den Versicherer wird 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.

## **HINWEIS:**

Auf die Meldeverpflichtungen gemäß § 29 ÄrzteG 1998 hinsichtlich laufender Änderungen (Meldefrist eine Woche) wird besonders hingewiesen.

---

Ort/Datum

---

Unterschrift Ärztin/Arzt

*Bitte außerdem um ergänzende Übermittlung der nachstehenden Anlagen:*

- **ANLAGE 1 - Datenblatt Ärzteausweis**
- **ANLAGE 2 - Einwilligungserklärung E-Mailverkehr (optional)**