

## Meldung der Schließung 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>

<b>Familienname:</b>	<b>Vorname:</b>
<input type="text"/>	<input type="text"/>
<b>ÖÄK-ID:</b>	
<input type="text"/>	<input type="text"/>

### II. Angaben zur Niederlassung

<b>Bisherige Adresse (Ort, Postleitzahl, Straße, Hausnummer, Türnummer)</b>
<input type="text"/>
<b>Schließung der Niederlassung per:</b>
<input type="text"/>
<b>Zustelladresse (Im Falle einer Änderung der bisherigen Zustelladresse bitte ausfüllen):<sup>1</sup></b>
<input type="checkbox"/> Wohnadresse: _____
<input type="checkbox"/> Ordinationsadresse (wie oben)
<input type="checkbox"/> Sonstige: _____

### III. Angaben zu weiteren ärztlichen Tätigkeiten<sup>1</sup>

<b>Aufrechtes Dienstverhältnis</b>
<input type="checkbox"/> Ja, Dienstgeber: _____
<input type="checkbox"/> Nein
<b>Wohnsitzärztliche Tätigkeit</b>
<input type="checkbox"/> Ja, Tätigkeit: _____
<input type="checkbox"/> Nein
<b>Weitere Niederlassung</b>
<input type="checkbox"/> Ja, Adresse: _____
<input type="checkbox"/> Nein
<b>Ärztliche Nebentätigkeit</b>
<input type="checkbox"/> Ja, Tätigkeit: _____
<input type="checkbox"/> Nein

(Nur auszufüllen, falls keine ärztliche Tätigkeit mehr ausgeübt wird)

### Ich übe keine weiteren ärztlichen Tätigkeiten aus und beantrage

- mit dem Datum der Schließung der Niederlassung aus der Ärzteliste gestrichen zu werden (Verzicht)
- mit dem Datum der Schließung der Niederlassung als außerordentliches Kammermitglied der Ärztekammer für \_\_\_\_\_ geführt zu werden
- als ordentliches Kammermitglied in der Ärzteliste zu verbleiben, da ich folgenden Ausnahmetatbestand\* erfülle:  
\_\_\_\_\_
- vorerst als ordentliches Kammermitglied in der Ärzteliste zu verbleiben (maximal 6 Monate)\*

**\*HINWEIS:**

Gemäß § 59 Abs 1 ÄrzteG 1998 erlischt die Berechtigung zur Ausübung des ärztlichen Berufes auf Grund einer länger als sechs Monate dauernden Einstellung der Berufsausübung, wobei

- eine krankheitsbedingte Nichtausübung
- ein Beschäftigungsverbot gemäß Mutterschutzgesetz
- eine Karenz gemäß Mutterschutzgesetz, Väter-Karenzgesetz oder anderer gleichartiger landes- oder bundesgesetzlicher Vorschriften
- Zeiten, in denen Leistungen gemäß Kinderbetreuungsgeldgesetz bezogen werden sowie
- auslandsbedingte Studienaufenthalte für die Dauer von maximal einem Jahr, in begründeten Ausnahmefällen von maximal zwei Jahren

keine Einstellung der Berufsausübung darstellen.

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

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 wesentlich unrichtige Angaben rechtliche Konsequenzen nach sich ziehen.

---

Ort / Datum

---

Unterschrift der Ärztin/des Arztes