

Anmeldung zur Wiedereintragung in die Ärzteliste

(Bitte in Blockschrift ausfüllen)

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

Ich beantrage die Eintragung als: ¹

- Fachärztin/Facharzt für _____
- Ärztin/Arzt für Allgemeinmedizin
- Turnusärztin/Turnusarzt

I. Angaben zur Person

Familiename: ¹		Vorname: ¹	
Akademische Titel: (vor- und nachgestellte) ¹		ÖÄK-ID	
Staatsangehörigkeit:			
Nachweis Staatsangehörigkeit:	Ausstellende Behörde + Ausweisnummer:	Ausstellungsdatum:	
<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	
Aufenthaltstitel gem. NAG: (auszufüllen nur bei Drittstaatsangehörigkeit)	Ausstellungsdatum:	Befristet bis:	
	T T M M J J J J	T T M M J J J J	
Zustelladresse: ¹			
Postleitzahl:	Ort, Straße, Hausnummer, Türnummer, Staat:		
Wohnadresse:			
Postleitzahl:	Ort, Straße, Hausnummer, Türnummer, Staat		

II. Ärztliche Qualifikation ¹ (nur auszufüllen, wenn seit dem Ausscheiden aus der Ärzteliste eine weitere Ausbildung zur/zum Fachärztin/Facharzt oder Ärztin/Arzt für Allgemeinmedizin absolviert worden ist)

Fachärztin/Facharzt für:	Ausstellende Behörde / Ort / Staat:	Abgeschlossen am:
		T T M M J J J J
Ärztin/Arzt für Allgemeinmedizin:	Ausstellende Behörde / Ort / Staat:	Abgeschlossen am:
		T T M M J J J J

III. Ärztliche Tätigkeit ¹

Ordinationsstätte bei niedergelassenen Ärztinnen/Ärzten

Postleitzahl	Ort, Straße, Hausnummer, Türnummer
Datum der Eröffnung / Tätigkeitsbeginn:	
Evtl. 2. Niederlassung (Zweitordination):	
Postleitzahl	Ort, Straße, Hausnummer, Türnummer
Datum der Eröffnung / Tätigkeitsbeginn:	

Arbeitsstätte bei angestellten Ärztinnen/Ärzten

Krankenanstalt, Klinik, etc.:	Tätigkeitsbeginn:
	T T M M J J J J
Postleitzahl	Ort, Straße, Hausnummer
Anstellung als (Turnusärztin/Turnusarzt, Ärztin/Arzt für Allgemeinmedizin, Fachärztin/Facharzt für...):	

Wohnsitzärztinnen/Wohnsitzärzte

Wohnsitz, von dem aus die Tätigkeit ausgeübt wird		
Postleitzahl	Ort, Straße, Hausnummer, Türnummer	Tätigkeitsbeginn:
		T T M M J J J J
Ort der Tätigkeit (wenn kein Wohnsitz in Österreich):		
Geplante Tätigkeit:		
<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 Notarzttdiensten <input type="checkbox"/> Sonstige:		

Ärztliche Nebentätigkeit

Art der Nebentätigkeit:	Tätigkeitsbeginn:
	T T M M J J J J

V. Auslandsaufenthalte

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

Ich bevollmächtige _____ meine Unterlagen an die Österreichische Ärztekammer weiterzuleiten. Diese Vollmacht bezieht sich auf Eintragungsverfahren gemäß § 27 ÄrzteG 1998, die Meldung von Änderungen und/oder Ergänzungen gemäß § 29 ÄrzteG 1998 sowie die 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, Aufnahme einer Tätigkeit als Wohnsitzärztin/Wohnsitzarzt oder Ausübung ärztlicher Nebentätigkeiten): 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 der Antragstellerin/ des Antragstellers

Bitte außerdem um ergänzende Übermittlung der nachstehenden Anlage:

- **ANLAGE 1 - Datenblatt Ärzteausweis**