

ANMELDUNG

zur Eintragung in die Ärzteliste gemäß § 27 des Ärztegesetzes

1. Angaben zur Person

Geschlecht

m w

Sozialversicherungsnummer

Titel

Familienname

Vorname

Geburtsname

Geburtsdatum

Familienstand

verheiratet ledig geschieden verwitwet

seit

Geburtsort

Staat

Staatsangehörigkeit

seit

Staatsbürgerschaftsnachweis erfolgt durch Vorlage von

Ausstellende Behörde

Datum

Nummer

Aufenthaltstitel gem. NAG

Befristung

2. Medizinische Hochschulbildung

Promotion am

Universität

Staat

Nostrifikation¹⁾ am

Universität

Staat

¹⁾ nur bei Hochschulabschluss in einem Nicht-EU-Staat erforderlich



3. Abgeschlossene ärztliche Berufsausbildung

Berufsbezeichnung

seit

Ausstellende Behörde

4. Geplante ärztliche Tätigkeit

Arbeitsstätte (Krankenanstalt, Klinik, usw.) bei angestellten ÄrztInnen

ab

Dienstbezeichnung bei angestellten ÄrztInnen

Ordinationsstätte bei niedergelassenen ÄrztInnen

ab

Wohnsitz bei WohnsitzärztInnen

ab

5. Kontaktdaten

Ordentlicher Wohnsitz (PLZ, Ort, Adresse)

Abweichende Zustelladresse (optional)

Mobiltelefon

Telefon (optional)

E-Mail Adresse ÄKNÖ-Post

E-Mail Adresse öffentlich (optional)

Hinweis: Die angegebene „E-Mail-Adresse öffentlich“ wird als öffentlicher Datensatz behandelt und im Ärzteverzeichnis im Internet angezeigt. Die „E-Mail-Adresse ÄKNÖ-Post“ darf nur von der NÖ Ärztekammer verwendet werden und wird nicht an Dritte weitergegeben oder veröffentlicht. Diese dient nur zum E-Mail-Kontakt mit der NÖ Ärztekammer.

Ich möchte, dass meine Kammer-Post zusätzlich **auch** postalisch übermittelt wird (zutreffendenfalls bitte ankreuzen).

6. Standesvertretung

Bei welcher Ärztekammer (Standesvertretung) waren Sie zuletzt gemeldet?

7. Sonstige Vermerke:

Ich nehme zur Kenntnis, dass diese Angaben mittels EDV verarbeitet werden. Das gleiche gilt auch für alle zukünftigen Meldungen. Ich versichere, dass ich die obigen Angaben richtig und vollständig gemacht habe und nehme zur Kenntnis, dass wissentlich unrichtige Angaben strafbar sind.

Ort, Datum

Unterschrift Ärztin/Arzt

Wird von der Ärztekammer ausgefüllt:

Gesundheitsattest vorgelegt

ja nein

Nachweis der Vertrauenswürdigkeit gem. § 27 Abs. 5 ÄG

ja nein

Flüchtlingsstatus

ja nein

1. Blatt: Österreichische Ärztekammer

2. Blatt: Ärztekammer für _____

3. Blatt: Landeshauptmann für _____

4. Blatt: Bezirksverwaltungsbehörde in _____

5. Meldung an BKA-Sekt. VI mit Datenträger

In der Ärzteliste der Österreichischen Ärztekammer unter Nr. _____

als _____ eingetragen.

Vorstehende Angaben durch Einsichtnahme in die Unterlagen und Dokumente belegt und richtig:

Ort, Datum

Unterschrift Sachbearbeiter/in der ÄK

Titel, Zu- und Vorname

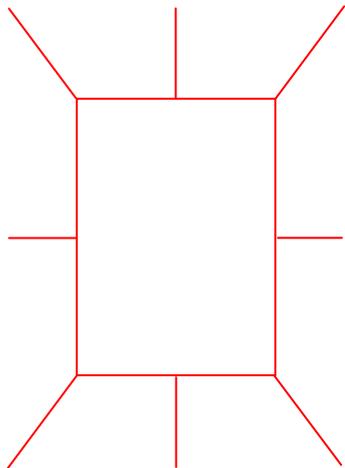
An die
Ärztchammer für Niederösterreich
Wipplingerstraße 2
1010 Wien

Erklärung

Hiermit erkläre ich mich einverstanden, dass von der Ärztekammer für Niederösterreich eine Vorabinformation über die Eintragungsfähigkeit an den künftigen Dienstgeber, dem Land Niederösterreich, übermittelt wird.

Datum

Unterschrift BewerberIn



Unterschrift
mit schwarzem Filzstift oder Kugelschreiber
im weißen Feld

Österreichische Ärztekammer

Datenblatt

Umlaut (ÄÖÜ) bleibt Umlaut

Akad. Grad Vorname

maximal 25-stellig in Blockschrift

Zuname

maximal 25-stellig in Blockschrift

Geburtsdatum

TT MM JJJJ

Eintragungsnummer

(inkl. Bindestrich und Prüfziffer)

Bdland (1= Bgl, 2= K, 3=NÖ, 4=OÖ, 5= S, 6= Stm, 7= T, 8= V, 9= W)

Arztnummer

Zustelladresse: (nur bei Bedarf auszufüllen)

Straße

PLZ

Ort

Berufsbezeichnung

TA (Turnusarzt/ Turnusärztin)

AM (Arzt/ Ärztin für Allgemeinmedizin)

FA (Facharzt/ Fachärztin)

AA (Approbierter Arzt/ Approbierte Ärztin)

Eingereicht von der Landeskammer:

Eingereicht am:

Von der ÖÄK auszufüllen:

Eingangsdatum der Rohausweise bei ÖÄK:

Ausgangsdatum der Ausweise an LÄK:

Gesundheitsattest für die Eintragung in die Ärzteliste
gem. §§ 4 und 27 ÄrzteG 1998
(Bitte in Blockschrift ausfüllen)

Dieses Gesundheitsattest ist von einer/einem zur selbständigen Berufsausübung berechtigten Ärztin/Arzt für Allgemeinmedizin, einer/einem Fachärztin/Facharzt für Innere Medizin oder einer/einem Arbeitsmedizinerin/Arbeitsmediziner bzw. Betriebsärztin/Betriebsarzt* auszufüllen und darf bei der Vorlage bei der Österreichischen Ärztekammer nicht älter als 3 Monate sein.

Die ärztliche Untersuchung von Frau/Herrn

geb. am in

hat am ergeben, dass oben Genannte/r *psychisch* und *physisch*

zur Ausübung des ärztlichen Berufes geeignet ist.

Ort u. Datum

Unterschrift u. Stempel der/des behandelnden Ärztin/Arztes

Wir ersuchen darauf Bedacht zu nehmen, dass kein unmittelbares Angehörigenverhältnis (Ehegatten, Verwandte, Schwäger, Waleltern und Wahlkinder, Pflegeeltern und Pflegekinder, Personen, die miteinander in Lebensgemeinschaft leben, eingetragene Partner) besteht.

* Wird die Bestätigung durch eine berufsberechtigte Ärztin / einen berufsberechtigten Arzt außerhalb Österreichs ausgestellt, ist ergänzend eine aktuelle Bestätigung der entsprechenden ausländischen Gesundheitsbehörde zum Nachweis der Berufsberechtigung erforderlich.