

Ärztelkammer für NÖ  
Ärzte Service Center – Fachbereich Ärzteliste  
Wipplingerstraße 2  
A-1010 Wien

**FAX: 01 / 53 751 – 282**  
**E-Mail: stf@arztnoe.at**

## Formular zur Meldung einer Praxisniederlassung

Ich beabsichtige eine Praxisniederlassung	
<input type="checkbox"/> als Ärztin/Arzt für Allgemeinmedizin	
<input type="checkbox"/> als Fachärztin/Facharzt für _____	
Name:	
Praxisbeginn:	Ordinationszeiten:
Praxisadresse:	Telefon: Fax:
Wohnadresse:	Telefon: Fax:
Dienstverhältnis:	
Sonstige ärztliche Tätigkeiten:	
Nachweis Berufshaftpflichtversicherung mit bundeseinheitlichem Formular: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
Homepage:	
<b>Wird im Ärzteverzeichnis auf der Homepage der NÖ Ärztekammer und somit öffentlich angezeigt.</b>	
E-Mail Adresse ÄK NÖ – Post:	
<b>Die „E-Mail Adresse ÄK NÖ - Post“ wird 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.</b>	
E-Mail Adresse – ÖFFENTLICH:	
<b>Die „E-Mail Adresse öffentlich“ wird als öffentlicher Datensatz behandelt und im Ärzteverzeichnis auf der Homepage der NÖ Ärztekammer und somit öffentlich angezeigt.</b>	

Ich ersuche um Abschluss eines Vorsorgeuntersuchungsvertrags (nur relevant für ÄrztInnen für Allgemeinmedizin, FÄ für Frauenheilkunde und Geburtshilfe, Innere Medizin und Lungenkrankheiten) und bin mit der Weiterleitung dieses Formulars an die Nö. Gebietskrankenkasse einverstanden.

\_\_\_\_\_ Datum

\_\_\_\_\_ Unterschrift

