

Änderungsmeldung

Bitte in Blockschrift ausfüllen. Daten bitte im Format TT.MM.JJJJ angeben.
Felder, die mit einem * gekennzeichnet sind, enthalten öffentliche Daten der Ärzteliste.

Titel, Akad. Grad, Vor- und Zuname*

Geburtsdatum

1. Anstellung*

Aufnahme eines Dienstverhältnisses

Dienstort/Abteilung ab

als Turnusärztin/Turnusarzt als Ärztin/Arzt für Allgemeinmedizin

als Fachärztin/-arzt für

Vollzeitbeschäftigung Teilzeit im Ausmaß von Wochenstunden

Beendigung eines Dienstverhältnisses

Dienstort/Abteilung bis

als Turnusärztin/Turnusarzt als Ärztin/Arzt für Allgemeinmedizin

als Fachärztin/-arzt für

Wechsel der Dienststelle

Dienstort/Abteilung bisher bis

als Turnusärztin/Turnusarzt als Ärztin/Arzt für Allgemeinmedizin

als Fachärztin/-arzt für

Dienstort/Abteilung künftig bis

als Turnusärztin/Turnusarzt als Ärztin/Arzt für Allgemeinmedizin

als Fachärztin/-arzt für

Vollzeitbeschäftigung Teilzeit im Ausmaß von Wochenstunden

2. Wohnsitzärztliche (Neben-)Tätigkeit*

- Art der Tätigkeit Praxisvertretungen
 Erstellung von Aktengutachten
 Werkvertragstätigkeiten (zB arbeitsmedizinische oder schulärztliche Tätigkeiten)
 Teilnahme am Bereitschaftsdienst oder organisierten Notarztdiensten
 Sonstige:

Aufnahme einer wohnsitzärztlichen (Neben-)Tätigkeit

als Ärztin/Arzt für Allgemeinmedizin Fachärztin/-arzt für

ab Werkvertragspartner:

Berufshaftpflichtversicherung
(Versicherung, Polizzenummer)

Beendigung der wohnsitzärztlichen (Neben-)Tätigkeit

ab Werkvertragspartner:

3. Niederlassung*

Praxiseröffnung → Formular *Meldung Praxiseröffnung*

Praxisverlegung → Formular *Meldung Praxisverlegung*

Praxisschließung

Praxisadresse

Praxisschließung ab

4. Beendigung der ärztlichen Tätigkeit in der Steiermark

vorübergehend ohne ärztliche Tätigkeit ab bis

Abgang in ein anderes Bundesland ab

Bundesland Art der Tätigkeit

Abgang ins Ausland ab

Art der Tätigkeit: ärztlich nicht ärztlich

Beendigung der gesamten ärztlichen Tätigkeit ab

Ich beantrage, mit dem Datum der Beendigung aus der Ärzteliste gestrichen zu werden.

vorerst als ordentliches Kammermitglied in der Ärzteliste zu verbleiben (max. 6 Monate).

mit dem Datum der Beendigung als außerordentliches Kammermitglied der Ärztekammer für Steiermark geführt zu werden.

5. Sonstige Änderung

.....
.....

Änderung Wohnadresse Postadresse Ärztekammer Zustelladresse*

bisher

künftig

Ich bevollmächtige die Ärztekammer für Steiermark, den Inhalt dieser Meldung an die Österreichische Ärztekammer weiterzuleiten. Diese Vollmacht gilt bis auf Widerruf. Der Widerruf kann jederzeit schriftlich gegenüber der Ärztekammer für Steiermark eingebracht werden.

Ich nehme zur Kenntnis, dass die Daten elektronisch verarbeitet werden. Dies 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 rechtliche Konsequenzen nach sich ziehen.

.....
Ort und Datum

.....
Unterschrift Ärztin / Arzt