

## **Wiederanmeldung zur Eintragung in die Ärzteliste gemäß § 27 ÄrzteG 1998**

Mitgliedschaft zur Ärztekammer für Steiermark

Bitte in Blockschrift ausfüllen. Daten bitte im Format TT.MM.JJJJ angeben.

Felder, die mit einem \* gekennzeichnet sind, enthalten öffentliche Daten der Ärzteliste.

### 1. Ich beantrage die Eintragung\*

als:  Turnusärztin/Turnusarzt  Ärztin/Arzt für Allgemeinmedizin

Fachärztin/Facharzt für .....

2. Führung in der Kurie der:  niedergelassenen Ärzte  angestellten Ärzte

3. Zuletzt gemeldet bei der Ärztekammer für ..... bis: .....

### Angaben zur Person:

4. Familienname:\* ..... Geburtsname:\* .....

5. Vorname:\* ..... Akad. Titel:\* .....

6. Geburtsdatum: ..... SV-Nr.: .....

7. Staatsangehörigkeit: ..... seit:  Geburt oder seit: .....

8. Familienstand:  ledig  
 verheiratet / EP  verwitwet  geschieden seit: .....

Name, Geburtsdatum Ehepartner/in: .....

9. Name, Geburtsdatum der Kinder: .....

### Kontaktdaten:

10. Wohnadresse: .....

Zustelladresse\*: .....

11. Telefon/Handy: .....  öffentlich  geheim

12. E-Mail-Adresse: .....  öffentlich  geheim

### Allgemeine Voraussetzungen zur Berufsausübung:

13. Gesundheitsattest:  Ja  Nein

14. Strafregisterbescheinigung:  Ja  Nein

15. Unbedenklichkeitsbescheinigung:  nicht erforderlich  Ja  Nein  
(wenn innerhalb der letzten 5 Jahre mehr  
als 6 Monate im Ausland ärztlich tätig)

### Seit der letzten Mitgliedschaft zusätzlich erlangte ärztliche Qualifikation:

16. Berufsbezeichnung\* (Ärztin/Arzt für Allgemeinmedizin, Fachärztin/Facharzt für...)

.....  
seit:\* ..... Diplomausstellende Behörde:\* .....

### Ärztliche Tätigkeit in der Steiermark\*

- als:  Turnusärztin/Turnusarzt  Ärztin/Arzt für Allgemeinmedizin  
 Fachärztin/Facharzt für .....

17.  **Arbeitsstätte als angestellte/r Ärztin/Arzt:** (Dienstort, Krankenhaus, Lehrpraxis)

ab: ..... Abteilung: .....

- Ordinationsstätte als niedergelassene/r Ärztin/Arzt:**

ab: ..... Adresse: .....

- Wohnsitzärztliche (Neben-)Tätigkeit:** ab: .....

Art der Tätigkeit:

- Praxisvertretungen  
 Erstellung von Aktengutachten  
 Werkvertragstätigkeiten (zB arbeitsmedizinische oder schulärztliche Tätigkeiten)  
 Teilnahme am Bereitschaftsdienst oder organisierten Notarzdiensten  
 Sonstige:

### Fort- und Weiterbildung\*

18. **DFP-Diplom**  Ja gültig von: ..... bis: .....  Nein

19. **ÖÄK-Diplome:** .....  
**u. Zertifikate:** .....

- Ich bevollmächtige die Ärztekammer für Steiermark, meine Unterlagen 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 Arzt / Ärztin**