

Anmeldung – Zugang von einer anderen Landesärztekammer

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. Derzeit gemeldet bei der Ärztekammer für

bis: weiterhin (Doppelmitgliedschaft)

Angaben zur Person:

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

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

6. Geburtsdatum/Ort: **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

Medizinische Hochschulbildung / Ärztliche Grundausbildung und ärztliche Qualifikation

13. Hochschulabschluss

am Universität:

Promotion

am Universität

Nostrifikation:

am Universität

14. 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

15. **Arbeitsstätte als angestellte/r Ärztin/Arzt:** (Dienstort, Krankenanstalt, 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 Notarztdiensten
- Sonstige:

Fort- und Weiterbildung*

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

17. **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