

Erstanmeldung 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

Angaben zur Person:

3. Familienname:* _____ Geburtsname:* _____

4. Vorname:* _____ Akad. Titel:* _____

5. Geburtsdatum: _____ SV-Nr.: _____

Geburtsort: _____ Geburtsland: _____

6. Staatsangehörigkeit: _____ seit: Geburt oder seit: _____

Staatsbürgerschaftsnachweis Reisepass Personalausweis

ausstellende Behörde: _____

Ausstellungsdatum: _____ Ausweisnummer: _____

Aufenthaltstitel gem. NAG: _____ Befristung: _____

anerkannter Flüchtling subsidiär Schutzberechtigter

7. Familienstand: ledig
 verheiratet / EP verwitwet geschieden seit: _____

Name, Geburtsdatum Ehepartner/in: _____

8. Name, Geburtsdatum der Kinder: _____

Kontaktdaten:

9. Wohnadresse: _____

Zustelladresse*: _____

10. Telefon/Handy: _____ öffentlich geheim

11. E-Mail-Adresse: _____ öffentlich geheim

Allgemeine Voraussetzungen zur Berufsausübung:

12. Gesundheitsattest: Ja Nein

13. Strafregisterbescheinigung: Ja Nein

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

15. Sprachprüfung Deutsch: nicht erforderlich abgelegt am: _____

Medizinische Hochschulbildung / Ärztliche Grundausbildung und ärztliche Qualifikation

16. Hochschulabschluss

am Universität:

Promotion

am Universität

Nostrifikation:

am Universität

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

seit:* Diplomausstellende Behörde:*

zuletzt gemeldet bei der Ärztekammer für

Ärztliche Tätigkeit in der Steiermark*

als: Turnusärztin/Turnusarzt Ärztin/Arzt für Allgemeinmedizin

Fachärztin/Facharzt für

18. 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 Notarztdiensten

Sonstige:

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

Die vorstehenden Angaben sind durch Einsichtnahme in die vorgelegten Unterlagen belegt und richtig:

.....
Ort und Datum

.....
Unterschrift Sachbearbeiter/in