

## **Meldung Praxiseröffnung**

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

Felder, die mit einem \* gekennzeichnet sind, enthalten öffentliche Daten der Ärzteliste, die teilweise in der Ärztesuche unter [www.aekstmk.or.at/46](http://www.aekstmk.or.at/46) angezeigt werden.

.....  
**Titel, Akad. Grad, Vor- und Zuname\***

Geburtsdatum

**Nachweis Berufshaftpflichtversicherung:** Spätestens mit Beginn der Ausübung einer freiberuflichen / niedergelassenen Tätigkeit muss die Bestätigung einer gesetzeskonformen Berufshaftpflichtversicherung gemäß § 52d ÄrzteG durch Ihre Versicherung bei der Ärztekammer vorliegen!

.....  
Versicherung

Polizzenummer

**Erst- / Hauptordination**

**Zweitordination**

**Datum der Praxiseröffnung:\*** .....  mit allen **Kassen\***

**Die Tätigkeit in der Praxis wird ausgeübt als\***

Ärztin/Arzt für Allgemeinmedizin

Approbierte/r Ärztin/Arzt

Fachärztin/arzt für .....

Spezialisierung/Additivfach .....

**Ordinationsadresse:\***

.....  
Straße, Hausnummer

.....  
Postleitzahl

Ort

.....  
Politischer Bezirk

**Wohnadresse:**

.....  
Straße

.....  
Postleitzahl

Ort

.....  
Politischer Bezirk

Meine **Postzustelladresse** für die Ärztekammer ist  diese Ordinationsadresse /  die Wohnadresse.

**Telefon Praxis:\*** .....

**Fax Praxis:** .....

öffentlich  ja  nein

**Handy:** .....

öffentlich  ja  nein

**Email:** .....

öffentlich  ja  nein

**Homepage:\*** .....

**ÖÄK-Diplome:\*** .....

**Fremdsprachen-  
kenntnisse:\*** .....

**Ordinationszeiten\***

VORMITTAG

NACHMITTAG

MO		bis			bis	
DI		bis			bis	
MI		bis			bis	
DO		bis			bis	
FR		bis			bis	
SA		bis			bis	
SO		bis			bis	

- und nach telefonischer Terminvereinbarung       nur gegen telefonische Terminvereinbarung
- Parkplatz vorhanden       Rollstuhl gerecht       Aufzug vorhanden

**Zusammenarbeit mit freiberuflichen Ärzten/Ärztinnen:\*** mit (Ärztin/Arzt): .....

- Ordinationsgemeinschaft      Bei Beibehaltung der jeweils eigenen Praxis werden die Räumlichkeiten, meist auch die Einrichtung, die technische Ausstattung und das Personal gemeinsam genutzt (vgl. § 49 ÄrzteG, § 1175 ABGB).
- Gruppenpraxis      Eine Gruppenpraxis ist eine juristische Person und derzeit für Kassenärzte und -ärztinnen nur in Form einer OG, ohne Kassenvertrag auch in Form einer GmbH möglich (vgl §§ 52a ff ÄrzteG).

 **Aufnahme eines Dienstverhältnisses\***

Dienstort/Abteilung ..... ab: .....

- als Ärztin/Arzt für Allgemeinmedizin       als Fachärztin/-arzt für .....
- Vollzeitbeschäftigung       Teilzeit im Ausmaß von ..... Wochenstunden

 **Beendigung eines Dienstverhältnisses\*:**

Dienstort/Abteilung ..... bis: .....

**Wohnsitzärztliche Nebentätigkeit\***

- 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: .....

 **Beendigung einer wohnsitzärztlichen (Neben-)Tätigkeit**

ab ..... Werkvertragspartner: .....

- 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, Datum**.....  
**Unterschrift Ärztin/Arzt**