

Meldung Praxisverlegung

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
Ärzteliste unter www.aekstmk.or.at/46 angezeigt werden.

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

.....
Geburtsdatum

Datum der Praxisverlegung:

bisherige Ordinationsadresse:*

.....
Straße

.....
Postleitzahl

.....
Ort

.....
Politischer Bezirk

neue Ordinationsadresse:*

mit allen **Kassen***

.....
Straße

.....
Postleitzahl

.....
Ort

.....
Politischer Bezirk

Wohnadresse:

.....
Straße

.....
Postleitzahl

.....
Ort

.....
Politischer Bezirk

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

(Kontakt-)Informationen zur Ordination

Keine Änderungen

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

Praxisverlegung_202011.docx

Unterschrift Ärztin/Arzt

Seite 2 von 2