



# ANTRAG auf REIHUNG

nach der Richtlinie für die Auswahl von Vertragsärzt:innen und Vertragsgruppenpraxen der  
Ärztekammer für Steiermark und der  
§ 2-Krankenversicherungsträger zur Vergabe von Kassenplanstellen für

**Ärzt:innen für Allgemeinmedizin und Fachärzt:innen**  
(nicht für Fachärzt:innen für ZMK)

**Titel:** .....

**Nachname:** .....

**Vorname:** .....

**Staatsbürgerschaft:** .....

**Anschrift:** .....

**Telefonnummer:** .....

**Fachbezeichnung:** .....

**Jus practicandi bzw. Facharzt Diplom seit:** .....

**Ich lasse mich für folgende Reihungsräume reihen** (Zutreffendes bitte ankreuzen):

Die Angabe von maximal 2 Räumen ist möglich.

**Graz/Graz-Umgebung**

**Steiermark Raum Nord** (dieser umfasst die Bezirke Liezen, Murau, Murtal, Leoben und Bruck-Mürzzuschlag)

**Steiermark Raum Süd** (dieser umfasst die Bezirke Voitsberg, Weiz, Hartberg-Fürstenfeld, Deutschlandsberg, Leibnitz und Südoststeiermark)

Ich erteile ausdrücklich meine Zustimmung, dass die Reihungsliste von den Krankenversicherungsträgern, Kammermitgliedern und gereihten Ärzt:innen eingesehen werden kann **und stimme der Publizierung meiner Reihungsdaten auf der Homepage der Ärztekammer für Steiermark im internen Bereich zu.**

**Die Reihungslisten auf der Homepage enthalten folgende Daten:**

- Vorname und Nachname
- Reihungsposition

**Antragsteller:innen, die nicht Mitglied der Ärztekammer für Steiermark sind, haben folgende Unterlagen in Kopie beizuschließen:**

- Staatsbürgerschaftsnachweis
- Jus practicandi bzw. Facharzt Diplom oder Nostrifikation

Mit meiner Unterschrift erkläre ich, dass ich die Bestimmungen der Reihungsrichtlinie zur Kenntnis nehme und die von mir gemachten Angaben der Wahrheit entsprechen.

.....

Datum

.....

Unterschrift