

## **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**