

## Antrag auf Bewilligung einer ärztlichen Tätigkeit zu Studienzwecken gem § 35 ÄrzteG 1998

(Bitte in Blockschrift ausfüllen)

HINWEIS: Felder, die mit der Ziffer „1“ gekennzeichnet sind, enthalten öffentliche Daten der Ärzteliste

### I. Angaben zur Person

Familienname: <sup>1</sup>		Vorname: <sup>1</sup>	
Akademische Titel: (vor- und nachgestellte) <sup>1</sup>		Geschlecht:	
		<input type="checkbox"/> w <input type="checkbox"/> m <input type="checkbox"/> divers	
Geburtsname: <sup>1</sup>		Geburtsdatum:	
		T   T   M   M   J   J   J   J	
Geburtsort und Staat:			
Staatsangehörigkeit:			
Nachweis Staatsangehörigkeit:		Ausstellende Behörde + Ausweisnummer:	Ausstellungsdatum:
<input type="checkbox"/> Staatsbürgerschaftsnachweis/Verleihung <input type="checkbox"/> Reisepass <input type="checkbox"/> Personalausweis <input type="checkbox"/> Sonstige:			T   T   M   M   J   J   J   J
Aufenthaltstitel gem. NAG: (auszufüllen nur bei Drittstaatsangehörigkeit)		Ausstellungsdatum:	Befristet bis:
		T   T   M   M   J   J   J   J	T   T   M   M   J   J   J   J
Wohnadresse:			
Postleitzahl:	Ort, Straße, Hausnummer, Türnummer, Staat		
Zustelladresse: <sup>1</sup>			
Postleitzahl:	Ort, Straße, Hausnummer, Türnummer, Staat		

### II. Medizinische Hochschulbildung / Ärztliche Grundausbildung

Abschluss des Studiums:	Universität:	Ort:	Staat
T   T   M   M   J   J   J   J			

### III. Ärztliche Tätigkeit zu Studienzwecken (Unter Beziehung des Krankenanstaltenträgers auszufüllen)

Krankenanstalt inkl. Abteilung
Zahl der an der Abteilung in Facharztausbildung stehenden Ärztinnen/Ärzte

<b>Tätigkeitsbeginn:</b>	<b>Befristet bis:</b>
T T M M J J J J	T T M M J J J J

**Ausführliche Tätigkeits- bzw. Studienbeschreibung** (auszufüllen vom Vertreter der Krankenanstalt):

Ich bevollmächtige \_\_\_\_\_ meine Unterlagen an die Österreichische Ärztekammer weiterzuleiten. Diese Vollmacht gilt bis auf Widerruf. Die Vollmacht kann jederzeit schriftlich gegenüber dem Bevollmächtigten widerrufen werden.

Ich nehme zur Kenntnis, dass meine Angaben elektronisch verarbeitet werden. Dies gilt auch für alle zukünftigen Meldungen. Ich versichere, dass ich alle Angaben richtig und vollständig gemacht habe und nehme zur Kenntnis, dass wissentlich unrichtige Angaben rechtliche Konsequenzen nach sich ziehen.

Ich nehme zur Kenntnis, dass die ärztliche Tätigkeit zu Studienzwecken erst nach Erhalt einer Bewilligung gemäß § 35 Abs 2 Z 2 ÄrzteG 1998 sowie nur unter der Voraussetzung der vollständigen Beibringung aller „*erforderlichen Unterlagen*“ ausgeübt werden darf (erläuternde Hinweise dazu entnehmen Sie bitte dem zugehörigen „*Informationsblatt § 35*“).

**HINWEISE:**

Die zu erteilende Bewilligung berechtigt nicht dazu, ärztliche Tätigkeiten außerhalb der Einrichtung, für die die Bewilligung erteilt worden ist oder ärztliche Tätigkeiten, die den Rahmen der in dieser Einrichtung zugewiesenen Obliegenheiten überschreiten, auszuüben.

Zeiten einer ärztlichen Tätigkeit in unselbstständiger Stellung zu Studienzwecken sind auf die Ausbildung zur Ärztin/zum Arzt für Allgemeinmedizin und zur Fachärztin/zum Facharzt gemäß § 35 Abs 8 ÄrzteG 1998 nicht anrechenbar.

\_\_\_\_\_  
Ort/Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift der Ärztin/ des Arztes

\_\_\_\_\_  
Unterschrift und Stempel des  
Krankenanstaltenträgers

\_\_\_\_\_  
Unterschrift der Abteilungsleiterin/ des Abteilungsleiters