



ÖSTERREICHISCHE  
ÄRZTEKAMMER

Körperschaft öffentlichen  
Rechts – Mitglied der  
World Medical Association

An die  
Österreichische Ärztekammer  
Internationale Angelegenheiten  
Weihburggasse 10-12  
A-1010 Wien

**ANTRAG**  
**AUF ANERKENNUNG EINER EWR-BERUFSQUALIFIKATION**  
**GEMÄSS § 28 iVm § 5 ÄRZTEGESETZ 1998**  
(ÄrzteG 1998) BGBl I 1998/169 idF BGBl I 2021/172

**Ich beantrage die Anerkennung meiner in \_\_\_\_\_**  
(Bitte geben Sie den Ausbildungsstaat an) **erworbenen**

- Ärztlichen Grundausbildung
- Ausbildung zur Fachärztin/zum Facharzt für  
\_\_\_\_\_
- Ausbildung zur Ärztin/zum Arzt für Allgemeinmedizin
- Ich beantrage die Ausstellung einer Bestätigung gemäß § 28 Abs 6 Ärztegesetz 1998 über die erfolgte Anerkennung.

**Daten der Antragstellerin/des Antragsstellers**

Vor und Zuname: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum und -Ort: \_\_\_\_\_

Staatsangehörigkeit: \_\_\_\_\_

**Zustelladresse:**

Straße, Nr: \_\_\_\_\_

PLZ, Ort, Land: \_\_\_\_\_

Email-Adresse: \_\_\_\_\_ Telefonnummer: \_\_\_\_\_

**Ich bestätige**, dass die Übermittlung von allfälligem **elektronischem Schriftverkehr durch die ÖÄK** (auch bezüglich personenbezogener Daten) bis auf Widerruf unter **Verwendung der im Antragsformular angegebenen E-Mail-Adresse erfolgen darf**.

**Ich nehme zur Kenntnis**, dass durch die Übermittlung der Daten (unberechtigte) Dritte Kenntnis über die Informationen erhalten könnten. Mir ist bewusst, dass dies zur Offenlegung meiner Korrespondenz und der darin erfassten Unterlagen bzw. zu einer Veränderung der darin enthaltenen Angaben führen könnte.

Folgenden Identifikationsnachweis lege ich in Kopie bei:

Reisepass  Personalausweis

Diese Einwilligung kann jederzeit unter [post@aerztekammer.at](mailto:post@aerztekammer.at) oder durch ein Schreiben an die Österreichische Ärztekammer, 1010 Wien, Weihburggasse 10-12, widerrufen werden. Die Rechtmäßigkeit der Verarbeitung meiner Daten bis zum Einlangen des Widerrufs bei der Österreichischen Ärztekammer bleibt davon unberührt.

.....  
(Ort, Datum)

.....  
(Unterschrift der Antragstellerin / des Antragstellers)

**Bitte senden Sie das unterfertigte Antragsformular sowie die für die Bearbeitung erforderlichen Unterlagen per Email an:**

Österreichische Ärztekammer  
Internationale Angelegenheiten  
Weihburggasse 10-12  
A-1010 Wien  
[international@aerztekammer.at](mailto:international@aerztekammer.at)

**Folgende Unterlagen und Nachweise sind dem Antrag beizulegen:**

- **Nachweis der Staatsbürgerschaft** (z.B. Staatsbürgerschaftsnachweis, Pass, Personalausweis)
- gegebenenfalls Heiratsurkunde (bei inzwischen eingetretener Namensänderung)
- **Polizeiliches Führungszeugnis bzw. Strafregisterbescheinigung** aus dem Heimatstaat und jenen Ländern, in denen Sie sich in den letzten 5 Jahren zumindest 6 Monate und 1 Tag aufgehalten haben (*Die Bescheinigung darf bei Vorlage nicht älter als 3 Monate sein*).
- **Disziplinarregisterbescheinigung** (*Certificate of Good Standing*) aus allen Ländern, in denen Sie in den letzten 5 Jahren zumindest 6 Monate und 1 Tag ärztlich tätig waren (*Die Bescheinigung darf bei Vorlage nicht älter als 3 Monate sein*).
- **Ärztliches Gesundheitsattest**, ausgestellt von einer Ärztin / einem Arzt für Allgemeinmedizin, einer / einem Arbeitsmediziner/in oder einer Fachärztin/einem Facharzt für Innere Medizin. Falls das Attest nicht von einer / einem in Österreich berufsberechtigten Ärztin / Arzt ausgestellt wird, ist eine Bestätigung der zuständigen Behörde beizulegen, dass es sich bei der ausstellenden Ärztin / bei dem ausstellenden Arzt um eine/n zur selbständigen Berufsausübung berechnigte Ärztin / berechtigten Arzt handelt (*Das Attest darf bei Vorlage nicht älter als 3 Monate sein*)
- **Ausbildungsnachweis über den Abschluss der ärztlichen Grundausbildung** in einem EWR-Staat oder der Schweizerischen Eidgenossenschaft (Ausbildungsnachweis und allfällige zusätzliche Bescheinigungen gemäß Anhang V, Nr. 5.1.1. der Richtlinie 2005/36/EG), oder Nachweis des erfolgreich abgeschlossenen Medizinstudiums/ Nostrifikationsbescheid einer österreichischen Universität **sowie**
- **EU-Konformitätsbescheinigung** der zuständigen Behörde des Ausbildungsstaates, aus der hervorgeht, dass Ihre **ärztliche Grundausbildung** dem Artikel 24 der Richtlinie 2005/36/EG entspricht und dass Ihr Ausbildungsnachweis ein Diplom gemäß Anhang V, Nr. 5.1.1. der Richtlinie darstellt bzw. dass erworbene Rechte gemäß Artikel 23 der Richtlinie vorliegen (sofern der Studienabschluss nicht in Österreich erfolgte).
- Gegebenenfalls **Ausbildungsnachweis über den Abschluss der Ausbildung zur Ärztin / zum Arzt für Allgemeinmedizin** in einem EWR-Staat oder der Schweizerischen Eidgenossenschaft (Ausbildungsnachweis gemäß Anhang V, Nr. 5.1.4. der Richtlinie 2005/36/EG) **sowie**
- **EU-Konformitätsbescheinigung** der zuständigen Behörde des Ausbildungsstaates, aus der hervorgeht, dass Sie die besondere Ausbildung in der **Allgemeinmedizin** gemäß Artikel 28 der Richtlinie 2005/36/EG absolviert haben und dass Ihr Ausbildungsnachweis ein Diplom gemäß Anhang V, Nr. 5.1.4. der Richtlinie darstellt, oder dass erworbene Rechte gemäß Artikel 30 der Richtlinie vorliegen.

- Gegebenenfalls **Ausbildungsnachweis über den Abschluss der Ausbildung zur Fachärztin / zum Facharzt** in einem EWR-Staat oder der Schweizerischen Eidgenossenschaft (Ausbildungsnachweis gemäß Anhang V, Nr. 5.1.2. und Nr. 5.1.3. der Richtlinie 2005/36/EG) **sowie**
- **EU-Konformitätsbescheinigung** der zuständigen Behörde des Ausbildungsstaates, aus der hervorgeht, dass Ihre **Facharztausbildung** dem Artikel 25 der genannten Richtlinie entspricht und dass Ihr Ausbildungsnachweis ein Facharzt Diplom gemäß Anhang V, Nr. 5.1.2 und Nr. 5.1.3 der Richtlinie darstellt, oder dass erworbene Rechte gemäß Artikel 23 oder Artikel 27 der Richtlinie vorliegen.

*Stand: August 2021*