

## Meldung der vorübergehenden und gelegentlichen Erbringung ärztlicher Dienstleistungen

gem § 37 Abs. 3 ÄrzteG 1998 und Artikel 7 der Richtlinie 2005/36/EG  
 (Bitte in Blockschrift ausfüllen)

### I. Angaben zur Person

|  |  |                                     |                            |                                       |               |   |   |                               |   |   |   |   |
|--|--|-------------------------------------|----------------------------|---------------------------------------|---------------|---|---|-------------------------------|---|---|---|---|
| Familiennamen:   |  | Vorname:                            |                            |                                       |               |   |   |                               |   |   |   |   |
| Akademischer Titel:  |  | Geschlecht:                         |                            |                                       | Geburtsdatum: |   |   |                               |   |   |   |   |
|  |  | <input type="checkbox"/> w          | <input type="checkbox"/> m | <input type="checkbox"/> divers       | T             | T | M | M                             | J | J | J | J |
| Geburtsname:   |  |                                     |                            |                                       |               |   |   |                               |   |   |   |   |
| Geburtsort und Staat:  |  |                                     |                            |                                       |               |   |   |                               |   |   |   |   |
| Staatsangehörigkeit:   |  |                                     |                            |                                       |               |   |   |                               |   |   |   |   |
| Nachweis Staatsangehörigkeit:  |  |                                     |                            | Ausstellende Behörde / Ausweisnummer: |               |   |   | Ausstellungsdatum:            |   |   |   |   |
| <input type="checkbox"/> Staatsbürgerschaftsnachweis/Verleihung<br><input type="checkbox"/> Reisepass <input type="checkbox"/> Personalausweis<br><input type="checkbox"/> Sonstige: |  |                                     |                            |                                       |               |   |   | T   T   M   M   J   J   J   J |   |   |   |   |
| Berufsbezeichnung und Berufsberechtigung im Herkunftsstaat:  |  |                                     |                            |                                       |               |   |   |                               |   |   |   |   |
| Zustelladresse:  |  |                                     |                            |                                       |               |   |   |                               |   |   |   |   |
| Postleitzahl:  |  | Ort, Straße, Hausnummer, Türnummer: |                            |                                       |               |   |   |                               |   |   |   |   |
|  |  |                                     |                            |                                       |               |   |   |                               |   |   |   |   |

### II. Ist hinsichtlich folgender Punkte seit der letzten Meldung einer vorübergehenden und gelegentlichen Dienstleistung in Österreich eine Änderung eingetreten:

(Nur bei Erneuerung der Meldung auszufüllen)

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| Familiennamen:   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| <input type="checkbox"/> ja, neuer Familienname:<br><input type="checkbox"/> nein                        |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Staatsangehörigkeit:   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| <input type="checkbox"/> ja, neue Staatsangehörigkeit:<br><input type="checkbox"/> nein                  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Berufsberechtigung im Herkunftsstaat:  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| <input type="checkbox"/> ja, es liegt folgende Berufsberechtigung vor:<br><input type="checkbox"/> nein  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Berufsqualifikation:   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| <input type="checkbox"/> ja, es liegt folgende Berufsqualifikation vor:<br><input type="checkbox"/> nein |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

**III. Informationen zur Beurteilung des vorübergehenden und gelegentlichen Charakters der Dienstleistungen**

|  |
|--|
| <b>Beschreibung der beabsichtigten ärztlichen Tätigkeit:</b> |
|  |
| <b>Ort der beabsichtigten Tätigkeit / Adresse:</b>           |
|  |
| <b>Dauer der beabsichtigten Tätigkeit / Adresse:</b>         |
|  |
| <b>Wie oft soll die Tätigkeit erfolgen:</b>                  |
|  |

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 eine Eintragung nur unter der Voraussetzung der vollständigen Vorlage aller notwendigen Dokumente und Nachweise (erläuternde Hinweise dazu entnehmen Sie bitte dem zugehörigen „Informationsblatt § 37“) erfolgen kann. Die Aufnahme der ärztlichen Tätigkeit in Österreich ist erst mit Eintragung in die Ärzteliste zulässig.

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 bei Erbringung einer Dienstleistung in Österreich die berufs- und disziplinarrechtlichen Vorschriften des Ärztegesetzes zur Anwendung gelangen.

Ich erkläre, dass ich über die für eine gewissenhafte Erbringung der in Aussicht genommenen Dienstleistung erforderlichen Kenntnisse der deutschen Sprache verfüge.

**HINWEIS:** Diese Meldung ist einmal jährlich, gerechnet ab dem Datum des Eingangs der Meldung zu erneuern, wenn die Dienstleisterin/der Dienstleister beabsichtigt, weiterhin Dienstleistungen in Österreich zu erbringen.

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

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