

Anmeldung und Zulassung zur Prüfung Arzt für Allgemeinmedizin



Die Anmeldung wird schriftlich bestätigt. Wenn Sie bis spätestens 3 Tage nach Anmeldeschluss keine Anmeldebestätigung erhalten haben, nehmen Sie bitte Kontakt mit Ihrer Ärztekammer auf.

An die Ärztekammer des Bundeslandes, in dem Sie derzeit tätig sind bzw. zuletzt tätig waren:

Betrifft: Antrag auf **Erstanmeldung** (per Mail oder Fax an oben ausgewählte Ärztekammer)
Anmeldung zur Wiederholungsprüfung (per Mail oder Fax an die Akademie der Ärzte)

Prüfungstermin: _____ **Prüfungsort** (in der Landesärztekammer): _____

ÖÄK Arztnummer: _____ Geschlecht: männl. weibl.

Titel _____ Vorname: _____ Nachname: _____

Geburtsname: _____ Geburtsdatum: _____

Staatsangehörigkeit: _____ Geburtsort: _____

Zustelladresse: Str./Nr.: _____

Land: _____ PLZ: _____ Ort: _____

Telefon (mobil): _____ E-Mail*: _____

Promotion/Nostrifikation, Datum: _____ Universität: _____

Ausbildung nach Ärzteausbildungsordnung 2006 2015

Ich versichere, die obigen Angaben richtig und vollständig gemacht zu haben und nehme zur Kenntnis, dass wissentlich unrichtige Angaben strafbar sind.

Einwilligungen (nicht zutreffende Punkte bitte streichen)

Meine Einwilligung kann ich jederzeit unter akademie@arztakademie.at oder unter Österreichische Akademie der Ärzte GmbH, Walcherstraße 11/23, 1020 Wien widerrufen.

Ich willige ein, dass mit Ausnahme vom Postversand des Prüfungszertifikats sämtliche Korrespondenz (inkl. der Mitteilung über ein ggf. negatives Prüfungsergebnis) an die o.a. Email-Adresse erfolgt.

Ich willige ein, dass die von mir oben angegebenen personenbezogenen Daten zum Zwecke des Angebots von medizinisch-wissenschaftlichen Fortbildungen/Informationen durch die Österreichische Akademie der Ärzte GmbH verarbeitet bzw. zu diesem Zwecke an wissenschaftliche Gesellschaften z.B. für Kongressinformationen weitergegeben werden können.

Wenn gewünscht, ankreuzen:

Ich willige ein, dass meine Kontaktdaten zu Werbezwecken (Einladung zu Veranstaltungen, ...) an den Sponsoringpartner „Österreichische Ärzte- und Apothekerbank AG“ nach erfolgreicher Prüfung weitergegeben und bis auf Widerruf weiterverarbeitet werden.

Datum _____
Unterschrift AntragstellerIn

Von der zuständigen Landesärztekammer auszufüllen!

Eintragung in die Ärzteliste ab Beginn der praktischen ärztlichen Tätigkeit seit _____ Monaten. (Zeiten des Präsenz-, Zivildienstes und Karenzurlaubes sind nicht anzurechnen.)		
<input type="checkbox"/> Anrechnung von ausländischen Ausbildungszeiten gemäß § 14 / 14a Ärztegesetz: Bescheid der Österreichischen Ärztekammer vom _____		
Die Richtigkeit der Angaben des Antragstellers bzw. der Antragstellerin wurde überprüft.		
<input type="checkbox"/> Die Zulassung wird befürwortet.		
<input type="checkbox"/> Die Zulassung wird vorbehaltlich Beschluss der ABK befürwortet. Erforderliche anzurechnende Monate _____		
<input type="checkbox"/> Die Zulassung wird NICHT befürwortet. BEGRÜNDUNG: _____		
_____ Datum	_____ Stempel Landesärztekammer	_____ Unterschrift