

An die Landesärztekammer für



(Ärztekammer des Bundeslandes, in dem Sie derzeit tätig sind bzw. zuletzt tätig waren.)

## Anmeldung und Zulassung zur fachärztlichen Prüfung

**Sonderfach:** \_\_\_\_\_

**Prüfungstermin:** \_\_\_\_\_

Betrifft: Antrag auf  Erstanmeldung zur Prüfung  
 Anmeldung zur Wiederholungsprüfung

ÖÖK Arztnummer: \_\_\_\_\_ Anrede: Frau Herr neutral

Titel: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_ Nachname: \_\_\_\_\_

Geburtsname: \_\_\_\_\_ Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Staatsangehörigkeit: \_\_\_\_\_ Geburtsort: \_\_\_\_\_

Zustelladresse: Str./Nr.: \_\_\_\_\_

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

Telefon (mobil): \_\_\_\_\_ E-Mail: \_\_\_\_\_

Abschluss Studium der Zahnmedizin, Datum: \_\_\_\_\_ ausstellende Behörde: \_\_\_\_\_

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](mailto:akademie@arztakademie.at) oder unter 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 Antragsteller:in

## Zeitbestätigung\* zur Zulassung zur Prüfung

Bitte dieses Formular jeweils für das entsprechende Fach ausdrucken.

### Prüfung nach ÄAO 2006:

Hauptfach  
Pflichtnebenfach  
Wahlnebenfach

### Prüfung nach ÄAO 2015:

Basisausbildung  
Sonderfach-Grundausbildung  
Sonderfach-Schwerpunktausbildung

### Prüfung Allgemeinmedizin:

Fachgebiet  
Wahlfach

Es wird bestätigt, dass die Kandidatin/der Kandidat zum Zeitpunkt der Antragstellung aktuell in der unten genannten Ausbildungsstätte tätig ist.

Titel: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_ Nachname: \_\_\_\_\_

Geburtsname: \_\_\_\_\_ Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Krankenhaus      Lehrambulatorium      Lehr(gruppen)praxis

in Ausbildung auf einer genehmigten Ausbildungsstelle

von \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_

von \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_

von \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_

Mutterschutz- und Karenzzeiten      von \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_

von \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift und Stempel  
des Ausbildungsverantwortlichen\*\* bzw. der Ausbildungsstätte

\* Diese Zeitbestätigung dient ausschließlich als Nachweis für die Zulassung zur Prüfung hinsichtlich jener Ausbildungsstätte an der die Kandidatin/der Kandidat zum Zeitpunkt der Antragstellung zur Zulassung aktuell tätig ist. Für die Anrechnung der Ausbildungszeiten ist diese Bestätigung ohne Relevanz und nur für Zeiten ohne Rasterzeugnis auszufüllen.

\*\* Leiter:in der Abteilung der Krankenanstalt oder Lehr(gruppen)praxisinhaber:in