

Anmeldung und Zulassung zur Prüfung Ärztin/Arzt für Allgemeinmedizin



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

Hinweis: Die Zuordnung Ihres Prüfungsortes erfolgt auf dieser Grundlage (siehe oben).

Betrifft: Antrag auf Erstanmeldung
 Anmeldung zur Wiederholungsprüfung

Prüfungstermin: _____

ÖÄK Arztnummer: _____ Anrede: Frau Herr neutral

Titel: _____ Vorname: _____ Nachname: _____

Geburtsname: _____ Geburtsdatum: _____

Staatsangehörigkeit: _____ Geburtsort: _____

Zustelladresse: Str./Nr.: _____

Land: _____ PLZ: _____ Ort: _____

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

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 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