

An die Landesärztekammer für



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

Anmeldung und Zulassung zur Facharztprüfung

Sonderfach: _____

Prüfungstermin: _____

Betrifft: Antrag auf Erstanmeldung zur Prüfung
 Anmeldung zur Wiederholungsprüfung

ÖÖK Arztnummer: _____ Geschlecht: männl. weibl.

Titel: _____ Vorname: _____ Nachname: _____

Geburtsname: _____ Geburtsdatum: _____

Staatsangehörigkeit: _____ Geburtsort: _____

Zustelladresse: Str./Nr.: _____

Land: _____ PLZ: _____ Ort: _____

Telefon (mobil): _____ E-Mail: _____

Hochschulstudienabschluss, Datum: _____ Universität: _____

Promotion/Nostrifikation, Datum: _____ Universität: _____

Promotion zum Dr.med.dent/
Approbation als Zahnarzt, Datum: _____ ausstellende Behörde: _____

Approbation, Datum: _____ ausstellende Behörde: _____

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 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

Zeitbestätigung* zur Zulassung zur Facharztprüfung

Bitte dieses Formular jeweils für das entsprechende Fach ausdrucken.

nach ÄAO 2006: im Hauptfach im Nebenfach im Wahlpflichtfach	nach ÄAO 2015: Basisausbildung Sonderfach-Grundausbildung Sonderfach-Schwerpunktausbildung
---	--

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

Titel: _____ Vorname: _____ Nachname: _____

Geburtsname: _____ Geburtsdatum: _____

Krankenhaus
 Lehrambulatorium
 Lehrpraxis

in Ausbildung zum Facharzt für das Sonderfach 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 Facharztprüfung hinsichtlich jener Ausbildungsstätte an welcher der Kandidat/die Kandidatin zum Zeitpunkt der Antragstellung zur Zulassung aktuell tätig ist. Für die Anrechnung der Ausbildungszeiten ist diese Bestätigung ohne Relevanz.

** LeiterIn der Abteilung der Krankenanstalt oder LehrpraxisinhaberIn