

An die  
Österreichische Ärztekammer  
Weihburggasse 10-12  
A-1010 Wien  
im Wege der Landesärztekammer

## Formblatt

Antrag auf **A** - Anerkennung einer Gruppenpraxis als Ausbildungsstätte  
(gemäß § 12 a Ärztegesetz)

**B** - Festsetzung der Zahl der Ausbildungsstellen      Zutreffendes bitte ankreuzen

Gruppenpraxis:

Adresse:

**A** - Anerkennung als Ausbildungsstätte für die Ausbildung ab

- a) zur/zum Ärztin/Arzt für Allgemeinmedizin im Fach
- b) zur/zum Fachärztin/Facharzt im Sonderfach

**B** - Festsetzung der Zahl der Ausbildungsstellen ab

gewünschte Anzahl der Ausbildungsstellen      (bisher      )

**C** - Angaben zur Gruppenpraxis

a) Ordinationszeiten:

Wochentag/e:      von      bis

Wochentag/e:      von      bis

Wochentag/e:      von      bis

b) durchschnittliche Patientenfrequenz pro Tag

c) Kassenvertrag mit § 2 Kassen BVA SVA SVB VA

Zutreffendes bitte ankreuzen

## D - GesellschafterInnen

### a) **Ausbildungsverantwortliche/r**

Name:

Fachärztin/Facharzt für

1)

Datum der Anerkennung:

2)

Datum der Anerkennung:

Zeitausmaß der Anwesenheit:

### b) **stellvertretende/r Ausbildungsverantwortliche/r**

Name:

Fachärztin/Facharzt für

1)

Datum der Anerkennung:

2)

Datum der Anerkennung:

Zeitausmaß der Anwesenheit:

### c) **weitere GesellschafterInnen**

1. Name:

Fachärztin/Facharzt für

1)

Datum der Anerkennung:

2)

Datum der Anerkennung:

2. Name:

Fachärztin/Facharzt für

1)

Datum der Anerkennung:

2)

Datum der Anerkennung:

**3. Name:**

Fachärztin/Facharzt für

1)

Datum der Anerkennung:

2)

Datum der Anerkennung:

Anmerkung: bei mehr als drei Fachärzten wird um Anhang einer Allonge ersucht

**E - Apparative Einrichtungen und Geräte\***

**F - Leistungsspektrum (Art und Umfang, Zahl der medizinischen Leistungen)\***

**G - Diagnosespektrum\***

**H - Lehrmaterial (z.B. Fachzeitschriften, -bücher, EDV)\***

\* Anmerkung: bei mehr Platzbedarf wird um Anhang einer Allonge gebeten

---

Datum

---

Unterschrift / Stempel