ÖSTERREICHISCHE ÄRZTEKAMMER

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

Formblatt

Antrag auf ☐ **A** - Anerkennung eines Ambulatoriums als Ausbildungsstätte
(gemäß § 13 a Ärztegesetz)

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

Ambulatorium:

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 zum Ambulatorium

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) Sanitätsbehördliche Betriebsbewilligung vom , Zl.

D - Personelle Besetzung mit Stichtag

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) Ausbildende Fachärztinnen/Fachärzte

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

Anzahl des nichtärztlichen Personals:

E - Apparative Einrichtungen und Geräte*****

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

G - Diagnosespektrum*****

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

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

---

Anlage: Kopie der sanitätsbehördlichen Betriebsbewilligung

Datum	Unterschrift / Stempel Leiters des Ambulatoriums
Datum	Unterschrift / Stempel Rechtsträger