



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