

An die  
Österreichische Ärztekammer  
E-Mail: [umsteiger@aerztekammer.at](mailto:umsteiger@aerztekammer.at)

**Antrag auf Anrechnung  
von absolvierten Ausbildungszeiten gem. § 27 Abs. 2 ÄAO 2015**

**Achtung!**  
**Nach einem Wechsel in die ÄAO 2015 muss eine  
entsprechende Ausbildungsstelle nach ÄAO 2015 besetzt werden!**  
**Ein Rückwechsel ist rechtlich nicht möglich!**

Name: ..... Vorname: .....  
Akad. Grad: ..... Geb. Datum: .....  
E-Mail: ..... Telefon: .....  
Zustelladresse: .....

**Ich beantrage die Anrechnung von absolvierten Ausbildungszeiten für die**

- Basisausbildung
- Ausbildung zum Arzt/zur Ärztin für Allgemeinmedizin
- Sonderfach-Grundausbildung im Sonderfach: .....
- Sonderfach-Schwerpunktausbildung  
im Sonderfach: .....
- im Modul/Spezial-/Teilgebiet: .....
- im Modul/Spezial-/Teilgebiet: .....
- im Modul/Spezial-/Teilgebiet: .....
- im Modul/Spezial-/Teilgebiet: .....

**Folgende Ausbildungszeiten/Nachweise werden zur Anrechnung vorgelegt:**

**1. Basisausbildung** (9 Monate in chirurgischen und/oder konservativen Fächern)

von TT.MM.JJJJ	bis TT.MM.JJJJ	Monate	HF/NF/AF *	Ausbildungsstätte (Krankenhaus u. Abteilung/ Lehrpraxis)	Nachgewiesen durch Zeugnis vom (Datum)

\* HF=Hauptfach; NF=Pflichtnebenfach/Wahlnebenfach; AF=Additivfach

**2. Allgemeinmedizin**

von TT.MM.JJJJ	bis TT.MM.JJJJ	Monate	HF/NF/AF *	Ausbildungsstätte (Krankenhaus u. Abteilung/ Lehrpraxis)	Nachgewiesen durch Zeugnis vom (Datum)

\* HF=Hauptfach; NF=Pflichtnebenfach/Wahlnebenfach; AF=Additivfach

### 3. Sonderfach-Grundausbildung

von TT.MM.JJJJ	bis TT.MM.JJJJ	Monate	HF/AF *	Ausbildungsstätte (Krankenhaus u. Abteilung/ Lehrpraxis)	Nachgewiesen durch Zeugnis vom (Datum)

\* HF=Hauptfach; AF=Additivfach

### 4. Sonderfach-Schwerpunktausbildung: in den Modulen/Spezial-/Teilgebieten (falls in diesem Fach vorgesehen)

von TT.MM.JJJJ	bis TT.MM.JJJJ	Monate	HF/AF *	Ausbildungsstätte (Krankenhaus u. Abteilung/ Lehrpraxis)	Nachgewiesen durch Zeugnis vom (Datum)

\* HF=Hauptfach; AF=Additivfach

Mit meiner Unterschrift bestätige ich, dass ich alle Angaben richtig und vollständig gemacht habe.

Ich stimme zu, dass bis auf Widerruf der Schriftverkehr mit der Österreichischen Ärztekammer und somit sämtliche Dokumente betreffend meinen Antrag auf Anrechnung von absolvierten Ausbildungszeiten gemäß § 27 Abs 2 ÄAO 2015 unter Verwendung der im Antragsformular angegebenen E-Mail-Adresse erfolgen darf.

**Ich nehme zur Kenntnis, dass durch die Übermittlung der Daten (unberechtigte) Dritte (insb. Landesärztekammern, Fachgutachter, ausl. Behörden, etc.) Kenntnis über die Informationen erhalten können und diese Daten verändert werden können. Mir ist bewusst, dass dies zur Offenlegung meiner Korrespondenz und darin erfassten Dokumenten bzw Unterlagen führen kann.**

Diese Einwilligung kann jederzeit unter [post@aerztekammer.at](mailto:post@aerztekammer.at) oder durch ein Schreiben an die Österreichische Ärztekammer, 1010 Wien, Weihburggasse 10-12, widerrufen werden. Die Rechtmäßigkeit der Verarbeitung meiner Daten bis zum Einlangen des Widerrufs bei der Österreichischen Ärztekammer bleibt davon unberührt.

**Eine Kopie des angeführten Identitätsnachweises ist dem Antrag beizulegen.**

*(zutreffendes bitte ankreuzen)*

- Reisepass
- Personalausweis
- Führerschein

Ich bevollmächtige die Ärztekammer für



meine Unterlagen an die Österreichische Ärztekammer weiterzuleiten. Diese Vollmacht bezieht sich auf die Antragstellung zur Anrechnung von absolvierten Ausbildungszeiten gemäß § 14 ÄrzteG iVm § 27 Abs 1 Z 2 und Abs 2 ÄAO 2015. Diese Vollmacht gilt bis auf Widerruf. Die Vollmacht kann jederzeit schriftlich gegenüber dem Bevollmächtigten widerrufen werden.

Ich willige ein, dass die Bescheide gemäß § 14 Ärztegesetz 1998 an die Landesärztekammern zum Zweck weitergeleitet werden, dass im Rahmen des Mitgliederservice nach bescheidmäßiger Erledigung der Anträge, die Landesärztekammern mich in ausbildungsrechtlichen Fragestellungen gemäß § 65 Ärztegesetz 1998 beraten können. Diese Einwilligung kann ich jederzeit widerrufen. Durch den Widerruf der Einwilligung wird die Rechtmäßigkeit der aufgrund der Einwilligung bis zum Widerruf erfolgten Verarbeitung nicht berührt.

Sie haben das Recht auf Auskunft sowie Berichtigung, Löschung, Einschränkung der Verarbeitung sowie Widerruf und Datenübertragbarkeit. Eine Weitergabe an Dritte erfolgt nicht. Selbstverständlich besteht ein Beschwerderecht bei einer Aufsichtsbehörde. Die Verarbeitung erfolgt bis auf Widerruf.

---

Ort

Datum

Unterschrift Antragsteller/in

Von der zuständigen Landesärztekammer auszufüllen:

**Basisausbildung** erfüllt:

ja

nein

teilweise: Anzahl der anrechenbaren Monate: .....

Anzahl der noch zu absolvierenden Monate: .....

Begründung: .....

**Allgemeinmedizin** geprüft:

ja

nein

teilweise: Anzahl der anrechenbaren Monate: .....

Anzahl der noch zu absolvierenden Monate: .....

Begründung: .....

Zeiten der **Sonderfach-Grundausbildung** geprüft:

ja

nein

teilweise: Anzahl der anrechenbaren Monate: .....

Anzahl der noch zu absolvierenden Monate: .....

Begründung: .....

Zeiten der **Sonderfach-Schwerpunktausbildung** geprüft:

ja

nein

teilweise: Anzahl der anrechenbaren Monate: .....

Anzahl der noch zu absolvierenden Monate: .....

Begründung: .....

.....  
Ort

.....  
Datum

.....  
Unterschrift Landesärztekammer