

An die
Österreichische Ärztekammer
E-Mail: umsteiger@aerztekammer.at

**Antrag auf Anrechnung
von absolvierten Ausbildungszeiten gem. § 27 Abs. 4 ÄAO 2015**

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

Ich beantrage die Anrechnung von absolvierten Ausbildungszeiten auf

- das Hauptfach Orthopädie und orthopädische Chirurgie (32 Monate)
- das Hauptfach Unfallchirurgie (32 Monate)
- die zusätzliche erforderliche Ausbildungszeit (8 Monate)

Folgende Ausbildungszeiten/Nachweise werden zur Anrechnung vorgelegt:

1. Hauptfach Orthopädie und orthopädische Chirurgie (32 Monate)

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

2. Hauptfach Unfallchirurgie (32 Monate)

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

3. Zusätzliche erforderliche Ausbildungszeit (8 Monate)

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

Mit meiner Unterschrift bestätige ich, dass ich alle Angaben vollständig und richtig 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 gem. § 27 Abs. 4 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 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 4 ÄAO 2015. Diese Vollmacht gilt bis auf Widerruf. Die Vollmacht kann jederzeit schriftlich gegenüber dem Bevollmächtigten widerrufen werden.

Ort

Datum

Unterschrift Antragsteller/in

Von der zuständigen Landesärztekammer auszufüllen:

Hauptfach Orthopädie und orthopädische Chirurgie (32 Monate) geprüft:

- ja
- nein
- teilweise: Anzahl der anrechenbaren Monate: _____
Anzahl der noch zu absolvierenden Monate: _____

Begründung:

Hauptfach Unfallchirurgie (32 Monate) geprüft:

- ja
- nein
- teilweise: Anzahl der anrechenbaren Monate: _____
Anzahl der noch zu absolvierenden Monate: _____

Begründung:

Zusätzliche erforderliche Ausbildungszeit (8 Monate) geprüft:

- ja
- nein
- teilweise: Anzahl der anrechenbaren Monate: _____
Anzahl der noch zu absolvierenden Monate: _____

Begründung:

Ort

Datum

.....
Unterschrift Landesärztekammer