

Antrag auf Anrechnung von absolvierten Ausbildungszeiten auf die Ausbildung zur Fachärztin/zum Facharzt für Allgemeinmedizin und Familienmedizin gemäß § 260 Z 2 iVm § 14 ÄrzteG 1998

Achtung!

Die Ausbildung zur Ärztin/zum Arzt für Allgemeinmedizin ist nach einem erfolgten Übertritt in die Ausbildung zur Fachärztin/zum Facharzt für Allgemeinmedizin und Familienmedizin nicht mehr möglich.

Name:	<input type="text"/>	Vorname:	<input type="text"/>
Akad. Grad:	<input type="text"/>	Geb.-Datum:	<input type="text"/>
E-Mail:	<input type="text"/>	Telefon:	<input type="text"/>
Zustelladresse:	<input type="text"/>		

Bitte legen Sie dem Antrag folgende Dokumente und Nachweise per E-Mail an umsteiger@aerztekammer.at (max. 10 MB pro E-Mail) bei:

- Rasterzeugnisse der bisherigen Ausbildung zur Ärztin/zum Arzt für Allgemeinmedizin
- Nachweise über gesonderte Ausbildungseinheiten zum vertieften Kompetenzerwerb (Teilnahmebestätigungen Balint-Gruppen und absolvierter Kurse, ÖÄK-Diplom, oder Formblatt* - abrufbar unter www.aerztekammer.at/umstieg-amfm)
- Selbstevaluierungsbögen für das jeweilige Fachgebiet/Wahlfach ([Evaluierungsbögen ÄAO 2015](#))
- Bescheid über die Anrechnung ausländischer Ausbildungszeiten (optional)

Ergänzende Informationen zur Antragstellung finden Sie im Informationsblatt unter www.aerztekammer.at/umstieg-amfm

* Formblatt ist zu verwenden, wenn keine anderweitigen Bestätigungen vorliegen

Ich beantrage die Anrechnung der nachfolgenden Ausbildungszeiten für die Ausbildung zur Fachärztin / zum Facharzt für Allgemeinmedizin und Familienmedizin:

1. Basisausbildung im Ausmaß von 9 Monaten

- Ich habe noch keinen Titel zur Fachärztin/zum Facharzt erworben
- Ich bin bereits Fachärztin/Facharzt für _____
seit:

von TT.MM.JJJJ	bis TT.MM.JJJJ	Monate	Ausbildungseinrichtung (z.B. Krankenhaus u. Abteilung/ Praxis)	Nachgewiesen durch Zeugnis vom (Datum)

2. Sonderfach-Grundausbildung

- 2.1.1. Allgemeinmedizin und Familienmedizin (maximal 6 Monate)

bis TT.MM.JJJJ	von TT.MM.JJJJ	Monate	Ausbildungseinrichtung (z.B. Krankenhaus u. Abteilung/ Praxis)	Nachgewiesen durch Zeugnis vom (Datum)

- 2.1.2. Innere Medizin (maximal 6 Monate)

bis TT.MM.JJJJ	von TT.MM.JJJJ	Monate	Ausbildungseinrichtung (z.B. Krankenhaus u. Abteilung/ Praxis)	Nachgewiesen durch Zeugnis vom (Datum)

- 2.1.3. Kinder- und Jugendheilkunde (maximal 3 Monate)

bis TT.MM.JJJJ	von TT.MM.JJJJ	Monate	Ausbildungseinrichtung (z.B. Krankenhaus u. Abteilung/ Praxis)	Nachgewiesen durch Zeugnis vom (Datum)

- 2.1.4. Orthopädie und Traumatologie (maximal 3 Monate)

bis TT.MM.JJJJ	von TT.MM.JJJJ	Monate	Ausbildungseinrichtung (z.B. Krankenhaus u. Abteilung/ Praxis)	Nachgewiesen durch Zeugnis vom (Datum)

2.1.5. Neurologie (maximal 3 Monate)

bis TT.MM.JJJJ	von TT.MM.JJJJ	Monate	Ausbildungseinrichtung (z.B. Krankenhaus u. Abteilung/ Praxis)	Nachgewiesen durch Zeugnis vom (Datum)

2.1.6. Psychiatrie und Psychotherapeutische Medizin (maximal 3 Monate)

bis TT.MM.JJJJ	von TT.MM.JJJJ	Monate	Ausbildungseinrichtung (z.B. Krankenhaus u. Abteilung/ Praxis)	Nachgewiesen durch Zeugnis vom (Datum)

2.1.7. Hals-, Nasen und Ohrenheilkunde* (maximal 3 Monate)

bis TT.MM.JJJJ	von TT.MM.JJJJ	Monate	Ausbildungseinrichtung (z.B. Krankenhaus u. Abteilung/ Praxis)	Nachgewiesen durch Zeugnis vom (Datum)

2.1.8. Haut- und Geschlechtskrankheiten* (maximal 3 Monate)

bis TT.MM.JJJJ	von TT.MM.JJJJ	Monate	Ausbildungseinrichtung (z.B. Krankenhaus u. Abteilung/ Praxis)	Nachgewiesen durch Zeugnis vom (Datum)

* bis 31. Mai 2030 Wahlfächer / ab 1. Juni 2030 verpflichtend zu absolvieren

2.2. 1. Wahlfach: _____

bis TT.MM.JJJJ	von TT.MM.JJJJ	Monate	Ausbildungseinrichtung (z.B. Krankenhaus u. Abteilung/ Praxis)	Nachgewiesen durch Zeugnis vom (Datum)

2.2. 2. Wahlfach: _____

bis TT.MM.JJJJ	von TT.MM.JJJJ	Monate	Ausbildungseinrichtung (z.B. Krankenhaus u. Abteilung/ Praxis)	Nachgewiesen durch Zeugnis vom (Datum)

2.2. 3. Wahlfach: _____

bis TT.MM.JJJJ	von TT.MM.JJJJ	Monate	Ausbildungseinrichtung (z.B. Krankenhaus u. Abteilung/ Praxis)	Nachgewiesen durch Zeugnis vom (Datum)

3. Sonderfach-Schwerpunktausbildung

von TT.MM.JJJJ	bis TT.MM.JJJJ	Monate	Ausbildungseinrichtung (z.B. Krankenhaus u. Abteilung/ Praxis)	Nachgewiesen durch Zeugnis vom (Datum)

4. gesonderte Ausbildungseinheiten zum vertieften Kompetenzerwerb:

<input type="checkbox"/> 3.1.1. Balint-Gruppen (30 Stunden, wobei bis zu 20 Stunden in der Sonderfach-Grundausbildung absolviert werden können) Ausmaß in Stunden: _____		
<input type="checkbox"/> 3.1.2. vertiefte Kompetenzen (Tätigkeiten in Krankenanstalten zwischen 7.00 Uhr und 16.00 Uhr oder Teilnahme an Kursen im Ausmaß von zumindest 80 Stunden)	Absolviert in / im Rahmen von	Ausmaß in Stunden
<input type="checkbox"/> 3.1.2.1. Suchttherapie	<input type="checkbox"/> Krankenanstalt <input type="checkbox"/> Kurs	
<input type="checkbox"/> 3.1.2.2. Geriatrie	<input type="checkbox"/> Krankenanstalt <input type="checkbox"/> Kurs	
<input type="checkbox"/> 3.1.2.3. Palliativmedizin	<input type="checkbox"/> Krankenanstalt <input type="checkbox"/> Kurs	
<input type="checkbox"/> 3.1.2.4. Psychosomatik	<input type="checkbox"/> Krankenanstalt <input type="checkbox"/> Kurs	
<input type="checkbox"/> 3.1.2.5. Schmerztherapie	<input type="checkbox"/> Krankenanstalt <input type="checkbox"/> Kurs	
<input type="checkbox"/> 3.1.2.6. Notfallmedizin	<input type="checkbox"/> Krankenanstalt <input type="checkbox"/> Kurs	
<input type="checkbox"/> 3.1.2.7. Prävention	<input type="checkbox"/> Krankenanstalt <input type="checkbox"/> Kurs	
<input type="checkbox"/> 3.1.2.8. Gesundheitsförderung und Gesundheitskompetenz, Public Health	<input type="checkbox"/> Krankenanstalt <input type="checkbox"/> Kurs	
<input type="checkbox"/> 3.1.2.9. Arbeits- und Umweltmedizin	<input type="checkbox"/> Krankenanstalt <input type="checkbox"/> Kurs	
<input type="checkbox"/> 3.1.2.10. Gendermedizin	<input type="checkbox"/> Krankenanstalt <input type="checkbox"/> Kurs	
<input type="checkbox"/> 3.1.2.11. Sonografie	<input type="checkbox"/> Krankenanstalt <input type="checkbox"/> Kurs	

Zu meinem gestellten Antrag erkläre ich, dass

1. ich die obigen Angaben richtig und vollständig gemacht habe.
2. Ich nehme zur Kenntnis, dass die Angabe von wesentlich unrichtigen Daten strafbar ist.
3. Ich willige ein, dass bis auf Widerruf der Schriftverkehr mit der Österreichischen Ärztekammer und somit sämtliche Dokumente – insb. jene mit personenbezogenen Daten, unter Verwendung der im Antragsformular angegebenen E-Mail-Adresse erfolgen darf.

Ich nehme zur Kenntnis, dass durch die Übermittlung der Daten (unberechtigte) Dritte 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.

Die 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.

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.

Eine Kopie des angeführten Identitätsnachweises ist verpflichtend dem Antrag beizulegen.

- Reisepass
- Personalausweis
- Führerschein

Ort, Datum

Hiermit bestätige ich die oben getätigten Angaben auf Vollständigkeit und Richtigkeit