

## Antrag auf Anrechnung

von Zeiten aus dem Klinisch-Praktischen Jahr (KPJ) gemäß Humanmedizinstudium  
gemäß § 14 Abs 1 Z 6 ÄrzteG 1998

Nachname *		Vorname *	
Akad. Grad/Titel		Geburts- datum *	
Zustelladresse / PLZ / Ort *			
E-Mail *			
Telefon			
Datum Studienabschluss *		Universität *	

\* Pflichtfelder

### HINWEISE

- Die in Ausbildung stehenden Studentinnen und Studenten sind, sofern sie vertrauenswürdig und gesundheitlich geeignet sind, zur unselbständigen Ausübung der nachfolgenden Tätigkeiten unter Aufsicht und Anleitung der ausbildenden Ärztinnen und Ärzte berechtigt (§ 49 Abs 4 und 5 ÄrzteG 1998):
  - Erhebung der Anamnese,
  - einfache physikalische Krankenuntersuchung einschließlich Blutdruckmessung,
  - Blutabnahme aus der Vene,
  - die Vornahme intramuskulärer und subkutaner Injektionen und
  - einzelne weitere ärztliche Tätigkeiten, sofern deren Beherrschung zum erfolgreichen Abschluss des Studiums der Medizin zwingend erforderlich ist und die in Ausbildung stehenden Studenten der Medizin nachweislich bereits über die zur gewissenhaften Durchführung erforderlichen Kenntnisse und Erfahrungen im Hinblick auf den Schwierigkeitsgrad dieser Tätigkeiten verfügen.
- Die unter Berücksichtigung des § 49 Abs 4 und 5 ÄrzteG 1998 absolvierten Tätigkeiten während des KPJ gemäß Humanmedizinstudium können nur Berücksichtigung finden, wenn die Gleichwertigkeit mit den Ausbildungsinhalten der Basisausbildung gemäß Anlage 33 KEF und RZ-V 2015 nachgewiesen wird und sie durch **ausreichend aussagekräftige Nachweise (Bestätigungen der Abteilungen, Universität etc.)** belegt sind.
- Dem Antrag ist die **Anlage „Bestätigung über die Absolvierung der Ausbildungsinhalte“** verpflichtend beizulegen. Die Anlage wird auf der Webseite der ÖÄK zur Verfügung gestellt: <https://www.aerztekammer.at/kpj-anrechnung>
- Fehlzeiten (Abwesenheiten)** während des KPJ (Urlaub, Krankenstand, Mutterschutz, Elternzeit, etc.) sind anzuführen.
- Das Antragsformular ist als PDF per E-Mail an [kpj@aerztekammer.at](mailto:kpj@aerztekammer.at) zu übermitteln. Die Ausbildungsnachweise (Zeugnisse, Bestätigungen, Logbuch etc.) sind in Form von Kopien in der ÖÄK-Cloud hochzuladen. Nach Übermittlung des Antragsformulars wird ein persönlicher Cloud-Link zum Hochladen der Dokumente (max. 100 MB) zur Verfügung gestellt. Es können ausschließlich folgende Formate hochgeladen werden: PDF, JPG/JPEG oder PNG.
- Überprüfen Sie vor der Einreichung die **Vollständigkeit Ihres Antrages**. Eine Entgegennahme des Antrages und Bearbeitung kann erst nach Vorlage sämtlicher erforderlicher Nachweise erfolgen.
- Für das automatisierte Auslesen des Antrages ist das Antragsformular **maschinell/digital auszufüllen**. Händisch ausgefüllte Antragsformulare können nicht verarbeitet werden.

Es wird darauf hingewiesen, dass rechtskräftig angerechnete Zeiten aus dem KPJ im Nachhinein nicht abgeändert und/oder für andere Anrechnungen verwendet werden können.

Folgende Zeiten aus dem KPJ werden unter Beilage der angeführten Nachweise zur Anrechnung auf die Basisausbildung gemäß ÄAO 2015 vorgelegt:

**Basisausbildung** (Dauer: 9 Monate in chirurgischen und konservativen Fachgebieten)  
insgesamt beantragte Monate:

Fach	Wochen	von TT.MM.JJJJ	bis TT.MM.JJJJ	Einrichtung (Krankenhaus u. Abteilung/ Lehrordination)	Nachgewiesen durch Zeugnis vom (Datum)

**Zu meinem gestellten Antrag erkläre ich, dass**

1. ich zum Zeitpunkt der Antragsstellung in die Ärzteliste der Österreichischen Ärztekammer

eingetragen bin bzw. bereits einmal war

und bei der Landesärztekammer

Kammermitglied bin

nicht eingetragen bin bzw. noch nie war

2. Ich dem Antrag folgende verpflichtende Kopien beigelegt habe:

- Promotionsurkunde/Nostrifikation \*
- Anlage „Bestätigung über die Absolvierung der Ausbildungsinhalte“
- Ausbildungsnachweise (Bestätigungen etc.)

\* vorzulegen, wenn Sie noch nie in die Ärzteliste in Österreich eingetragen waren  
(bei Promotion innerhalb der EU ist kein Nostrifikationsbescheid notwendig)

Sonstiges bitte anführen:

- |                          |                          |
|--------------------------|--------------------------|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

3. Ich nehme zur Kenntnis, dass die Angabe von wissentlich unrichtigen Daten strafbar ist.

4. 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](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.

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.**

*(Das gewählte Dokument ist anzukreuzen. Zusätzlich ist die entsprechende Nummer des Ausweises anzuführen.)*

- Reisepass mit der Nummer:
- Personalausweis mit der Nummer:
- Führerschein mit der Nummer:

Ort, Datum

Hiermit bestätige ich die oben getätigten Angaben auf Vollständigkeit und Richtigkeit. \*

\* Pflichtfeld