

An die Ärztekammer des Bundeslandes, in dem Sie derzeit tätig sind bzw. zuletzt tätig waren:

Hinweis: Die Zuordnung Ihres Prüfungsortes erfolgt auf dieser Grundlage (siehe oben).

Betrifft: Antrag auf Erstanmeldung (per Mail oder Fax an oben ausgewählte Ärztekammer)  
Anmeldung zur Wiederholungsprüfung (per Mail oder Fax an die Akademie der Ärzte)

**Prüfungstermin:** \_\_\_\_\_

ÖÄK Arztnummer: \_\_\_\_\_ Geschlecht: männl. weibl.

Titel \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_ Nachname: \_\_\_\_\_

Geburtsname: \_\_\_\_\_ Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Staatsangehörigkeit: \_\_\_\_\_ Geburtsort: \_\_\_\_\_

Zustelladresse: Str./Nr.: \_\_\_\_\_

Land: \_\_\_\_\_ PLZ: \_\_\_\_\_ Ort: \_\_\_\_\_

Telefon (mobil): \_\_\_\_\_ E-Mail\*: \_\_\_\_\_

Promotion/Nostrifikation, Datum: \_\_\_\_\_ Universität: \_\_\_\_\_

Ausbildung nach Ärzteausbildungsordnung 2006 2015

Ich versichere, die obigen Angaben richtig und vollständig gemacht zu haben und nehme zur Kenntnis, dass wissentlich unrichtige Angaben strafbar sind.

**Einwilligungen** (nicht zutreffende Punkte bitte streichen)

Meine Einwilligung kann ich jederzeit unter [akademie@arztakademie.at](mailto:akademie@arztakademie.at) oder unter Österreichische Akademie der Ärzte GmbH, Walcherstraße 11/23, 1020 Wien widerrufen.

Ich willige ein, dass mit Ausnahme vom Postversand des Prüfungszertifikats sämtliche Korrespondenz (inkl. der Mitteilung über ein ggf. negatives Prüfungsergebnis) an die o.a. Email-Adresse erfolgt.

Ich willige ein, dass die von mir oben angegebenen personenbezogenen Daten zum Zwecke des Angebots von medizinisch-wissenschaftlichen Fortbildungen/Informationen durch die Österreichische Akademie der Ärzte GmbH verarbeitet bzw. zu diesem Zwecke an wissenschaftliche Gesellschaften z.B. für Kongressinformationen weitergegeben werden können.

**Wenn gewünscht, ankreuzen:**

Ich willige ein, dass meine Kontaktdaten zu Werbezwecken (Einladung zu Veranstaltungen, ...) an den Sponsoringpartner „Österreichische Ärzte- und Apothekerbank AG“ nach erfolgreicher Prüfung weitergegeben und bis auf Widerruf weiterverarbeitet werden.

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift AntragstellerIn

**Von der zuständigen Landesärztekammer auszufüllen!**

Eintragung in die Ärzteliste ab Beginn der praktischen ärztlichen Tätigkeit seit \_\_\_\_\_ Monaten.

Anrechnung ausländischer Ausbildungszeiten gemäß § 14 ÄrzteG 1998: Bescheid der ÖÄK vom \_\_\_\_\_

Die Richtigkeit der Angaben der Antragstellerin / des Antragstellers wurde überprüft.

Die Zulassung wird befürwortet.

Die Zulassung wird vorbehaltlich des Bescheides gemäß § 14 ÄrzteG 1998 befürwortet.  
Erforderliche anzurechnende Monate:

Die Zulassung wird NICHT befürwortet. BEGRÜNDUNG:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Stempel Landesärztekammer

\_\_\_\_\_  
Unterschrift