

An die Landesärztekammer für



(Ärztekammer des Bundeslandes, in dem Sie derzeit tätig sind bzw. zuletzt tätig waren.)

## Anmeldung und Zulassung zur Prüfung Arzt für Allgemeinmedizin

Betrifft: Antrag auf Erstanmeldung zur Prüfung  
Anmeldung zur Wiederholungsprüfung

Prüfungstermin: \_\_\_\_\_ Prüfungsort (in der Landesärztekammer): \_\_\_\_\_

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: \_\_\_\_\_

Ich nehme zur Kenntnis, dass meine Angaben mittels EDV verarbeitet werden und stimme zu, dass meine Prüfung elektronisch durch die Akademie bzw. in deren Auftrag ausgewertet wird. Ich versichere, die obigen Angaben richtig und vollständig gemacht zu haben und nehme zur Kenntnis, dass wissentlich unrichtige Angaben strafbar sind.

\* Ich erteile meine Zustimmung, dass abgesehen vom Postversand des Prüfungszertifikats, sämtliche Korrespondenz (inkl. der Mitteilung über ein ggf. negatives Prüfungsergebnis) an die o.a. Email-Adresse erfolgt. Falls Sie nicht zustimmen, diesen Satz bitte streichen.

Ich erteile meine Zustimmung, dass meine Kontaktdaten zum Zwecke des Angebots von medizinisch-wissenschaftlicher Fortbildung/Information durch die Österreichische Akademie der Ärzte GmbH verarbeitet bzw. zu diesem Zweck an Dritte (z.B. wissenschaftliche Gesellschaften für Kongressinformationen), an Finanz-Dienstleistungsunternehmen dann, wenn diese in Kooperation mit der Österreichischen Akademie der Ärzte GmbH die Prüfung finanziell unterstützen, zu Werbezwecken weitergegeben werden können. Eine diesbezügliche Liste kann unter [www.arztakademie.at/downloads](http://www.arztakademie.at/downloads) abgerufen werden. Falls Sie nicht zustimmen, diesen Absatz bitte streichen. Diese Zustimmung kann gegenüber der Österreichischen Akademie der Ärzte GmbH per Email unter [akademie@arztakademie.at](mailto:akademie@arztakademie.at) jederzeit widerrufen werden.

\_\_\_\_\_  
Datum

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

### Von der zuständigen Landesärztekammer auszufüllen!

Eintragung in die Ärzteliste ab Beginn der praktischen ärztlichen Tätigkeit seit \_\_\_\_\_ Monaten.  
(Zeiten des Präsenz-, Zivildienstes und Karenzurlaubes sind nicht anzurechnen.)

- Anrechnung von ausländischen Ausbildungszeiten gemäß § 14 / 14a Ärztegesetz:  
Bescheid der Österreichischen Ärztekammer vom \_\_\_\_\_

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

- Die Zulassung wird befürwortet.  
 Die Zulassung wird NICHT befürwortet. Begründung:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Datum

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

\_\_\_\_\_  
Unterschrift