

# NIEDERLASSUNGS-ANMELDUNG

Arzt-Nr.: W - .....

An die .....  
Ärztelammer für Wien .....  
Standesführung .....  
(Tit., Nachname, Vorname)

Weihburggasse 10-12 .....  
1010 Wien .....  
(Privatadresse)  
.....  
(Private Telefonnummer)

**NIEDERLASSUNGS-ANMELDUNG per .....** (genaues Datum)

Erstpraxis     Zweitpraxis     Doppelfach auf gleicher Adresse     Gruppenpraxis

**PRAXIS-ADRESSE:** ..... Wien, .....

Tel/FAX: .....

e-mail: .....

! Bei mehreren Fach-  
richtungen bitte  
Reihung angeben !

- Ärztin bzw. Arzt für Allgemeinmedizin  
 Approbierte Ärztin bzw. approbierter Arzt  
 Fachärztin bzw. Facharzt für .....  
 Fachärztin bzw. Facharzt für .....

**ZUSÄTZLICH** zu dieser Niederlassung übe ich folgende ärztliche Tätigkeit aus:

- o Anstellung bei folg. Dienststelle, seit: .....
- o Werkvertragliche Tätigkeit, seit: .....
- o Weitere Praxis in .....

**BEENDET** wird in diesem Zusammenhang folgende ärztliche Tätigkeit, mit Datum:

.....

Ich nehme hiermit zur Kenntnis, dass bei niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten aus formalen Gründen (Datenschutzgesetz, Ärztegesetz) die Zustelladresse verpflichtend ident der Praxisadresse ist.

Ich bestätige hiermit, dass ich für diese Niederlassung die Bedingungen der gesetzlich vorgeschriebenen Berufshaftpflichtversicherung erfülle und dass mein Versicherer eine diesbezügliche Deckungsbestätigung an die Ärztekammer für Wien übermittelt.

Ich bevollmächtige die Ärztekammer für Wien, meine Unterlagen an die Österreichische Ärztekammer weiterzuleiten. Diese Vollmacht gilt bis auf Widerruf. Die Vollmacht kann jederzeit schriftlich gegenüber dem Bevollmächtigten widerrufen werden.

Wien, am .....  
.....  
Unterschrift

ÄRZTEKAMMER FÜR WIEN – STANDESFÜHRUNG  
Tel. 01-515 01 DW 1205, 1206, 1260 FAX-DW 1429 e-mail: [standesfuehrung@ackwien.at](mailto:standesfuehrung@ackwien.at)