

An die  
Ärztchammer für Wien  
Kurie angestellte Ärzte  
Weihburggasse 10-12  
1010 Wien  
[Email: pruefungsgebuehren@aekwien.at](mailto:pruefungsgebuehren@aekwien.at)



## Antrag auf Kostenerstattung für die Prüfung zum Arzt für Allgemeinmedizin und für die Facharztprüfung

### Angaben zum Antragsteller

Name:*	<input type="text"/>	Vorname:*	<input type="text"/>
Arztnummer:*	<input type="text"/>	Tel.:	<input type="text"/>
Email-Adresse:*	<input type="text"/>		
Kontoinhaber:*	<input type="text"/>		
IBAN:*	<input type="text"/>		

### Ich stelle den Antrag auf Rückerstattung der Prüfungsgebühren für die (Zutreffendes bitte ankreuzen):

- Prüfung zum Arzt für Allgemeinmedizin
- Facharztprüfung
- Innere Medizin Grundprüfung (nach ÄAO 2015)
- Innere Medizin Schwerpunktprüfung (nach ÄAO 2015)

Datum der Prüfung:

### Ich absolviere eine Ausbildung/habe folgende Ausbildung absolviert (Zutreffendes bitte ankreuzen):

- gemäß ÄAO 2006
- gemäß ÄAO 2015

### Zu meinem gestellten Antrag erkläre ich, dass ich dem Antrag folgende Unterlagen (Kopien) beigelegt habe:

- Bestätigung über die Zulassung zur Prüfung der österreichischen Akademie der Ärzte
- Nachweis über die Zahlung der Prüfungsgebühren

### Ich bestätige mit meiner Unterfertigung, dass

- noch kein Antrag auf Refundierung der Prüfungsgebühren für das gegenständliche Fach gestellt wurde

- dass ich die Voraussetzungen für die Refundierung der Prüfungsgebühren zur Kenntnis genommen habe (siehe gesondertes Informationsblatt)
- dass zu Unrecht refundierte Prüfungsgebühren seitens der Ärztekammer für Wien zurückverlangt werden können
- dass alle von mir auf diesem Antragsformular getätigten Angaben vollständig und korrekt sind und nehme zur Kenntnis, dass unwahre Angaben zu straf- und disziplinarrechtlichen Folgen führen.

Ort/Datum:  Unterschrift der Ärztin/des Arztes: .....

**HINWEISE:**

Der Antrag auf Refundierung muss binnen drei Monaten ab Prüfungsantritt gestellt werden.

Füllen Sie bitte das Antragsformular vollständig aus. Beachten Sie bitte, dass nur vollständig ausgefüllte und unterschriebene Formulare bearbeitet werden können.

Senden Sie dieses Formular mit den erforderlichen Beilagen an folgende Email-Adresse: [pruefungsgebuehren@aekwien.at](mailto:pruefungsgebuehren@aekwien.at) bzw. an die am Antragsformular angegebene Adresse. Sie können den Antrag auch persönlich in der zuständigen Abteilung einbringen.

Anträge auf Refundierung werden nach der Reihenfolge des Einlangens bearbeitet. Wir bemühen uns, die Bearbeitungszeit so kurz wie möglich zu halten.

Da zur Evaluierung ein Link-Versand an die von Ihnen angegebene Email-Adresse erfolgt, kontrollieren Sie bitte regelmäßig Ihren Posteingang sowie gegebenenfalls auch Ihren Spam-Ordner.

Verpflichtend auszufüllende Felder sind mit einem \* gekennzeichnet. Für etwaige Rückfragen wird die Angabe einer Telefonnummer empfohlen.

---

### **Zustimmungserklärung**

Ich erteile der Ärztekammer für Wien ferner die Ermächtigung, meine personenbezogenen Daten sowie die Auswertung der Umfrage zum Zweck der Ausbildungsevaluierung an die Österreichische Ärztekammer weiterzuleiten.

**Unterschrift der Ärztin/des Arztes:**

.....