

# Anmeldung und Zulassung zur Prüfung Arzt für Allgemeinmedizin

Die Anmeldung wird schriftlich bestätigt. Wenn Sie bis spätestens 3 Tage nach Anmeldeschluss keine Anmeldebestätigung erhalten haben, nehmen Sie bitte Kontakt mit Ihrer Ärztekammer auf.



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

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:** \_\_\_\_\_

**gewünschter Prüfungsort (in der Ärztekammer):** \_\_\_\_\_

Ist ein Prüfungsantritt an Ihrem gewünschten Prüfungsort aufgrund der räumlichen Kapazitäten nicht möglich, so wird der nächstmögliche Prüfungsort zugeordnet.

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 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.

\_\_\_\_\_  
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 ausländischer Ausbildungszeiten gem. §14/14a Ärztegesetz: Bescheid der ÖÄK vom \_\_\_\_\_

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

Die Zulassung wird befürwortet.

Die Zulassung wird vorbehaltlich Beschluss der ABK befürwortet. Erforderliche anzurechnende Monate \_\_\_\_\_

Die Zulassung wird NICHT befürwortet. BEGRÜNDUNG:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Datum

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

\_\_\_\_\_  
Unterschrift