

An die Landesärztekammer für



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

Anmeldung und Zulassung zur Facharztprüfung

Sonderfach: _____

Prüfungstermin: _____

Betrifft: Antrag auf Erstanmeldung zur Prüfung
 Anmeldung zur Wiederholungsprüfung

ÖÖK Arztnummer: _____ Geschlecht: männl. weibl.

Titel _____ Vorname: _____ Nachname: _____

Geburtsname: _____ Geburtsdatum: _____

Staatsangehörigkeit: _____ Geburtsort: _____

Zustelladresse: Str./Nr.: _____

Land: _____ PLZ: _____ Ort: _____

Telefon (mobil): _____ E-Mail*: _____

Hochschulstudienabschluss, Datum: _____ Universität: _____

Promotion/Nostrifikation, Datum: _____ Universität: _____

Promotion zum Dr.med.dent/
Approbation als Zahnarzt, Datum: _____ ausstellende Behörde: _____

Approbation, Datum: _____ ausstellende Behörde: _____

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 wesentlich 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 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 jederzeit widerrufen werden.

Datum

Unterschrift AntragstellerIn

An die Landesärztekammer für



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

Zeitbestätigung* für die Ausbildung im Hauptfach zur Zulassung zur Facharztprüfung

Es wird bestätigt, dass der Kandidat/die Kandidatin zum Zeitpunkt der Antragstellung aktuell in der unten genannten Ausbildungsstätte tätig ist.

Titel: _____ Vorname: _____ Nachname: _____

Geburtsname: _____ Geburtsdatum: _____

Krankenhaus Lehrambulatorium Lehrpraxis

in Ausbildung zum Facharzt für das Sonderfach auf einer genehmigten Ausbildungsstätte

von _____ bis _____

von _____ bis _____

von _____ bis _____

Mutterschutz- und Karenzzeiten

von _____ bis _____

von _____ bis _____

Datum

Unterschrift und Stempel
des Ausbildungsverantwortlichen** bzw. der Ausbildungsstätte

* Diese Zeitbestätigung dient ausschließlich als Nachweis für die Zulassung zur Facharztprüfung hinsichtlich jener Ausbildungsstätte an welcher der Kandidat/die Kandidatin zum Zeitpunkt der Antragstellung zur Zulassung aktuell tätig ist. Für die Anrechnung der Ausbildungszeiten ist diese Bestätigung ohne Relevanz.

** LeiterIn der Abteilung der Krankenanstalt oder LehrpraxisinhaberIn

An die Landesärztekammer für



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

Zeitbestätigung* für die Ausbildung im Nebenfach zur Zulassung zur Facharztprüfung

Es wird bestätigt, dass der Kandidat/die Kandidatin zum Zeitpunkt der Antragstellung aktuell in der unten
genannten Ausbildungsstätte tätig ist.

Titel: _____ Vorname: _____ Nachname: _____

Geburtsname: _____ Geburtsdatum: _____

Krankenhaus Lehrambulatorium Lehrpraxis

in Ausbildung im Pflichtneben- oder Wahlnebenfach zum Sonderfach

von _____ bis _____ Fach: _____

von _____ bis _____ Fach: _____

von _____ bis _____ Fach: _____

Datum

Unterschrift und Stempel
des Ausbildungsverantwortlichen** bzw. der Ausbildungsstätte

* Diese Zeitbestätigung dient ausschließlich als Nachweis für die Zulassung zur Facharztprüfung hinsichtlich jener Ausbildungsstätte an welcher der Kandidat/die Kandidatin zum Zeitpunkt der Antragstellung zur Zulassung aktuell tätig ist. Für die Anrechnung der Ausbildungszeiten ist diese Bestätigung ohne Relevanz.

** LeiterIn der Abteilung der Krankenanstalt oder LehrpraxisinhaberIn