

Österreichische Ärztekammer
Weihburggasse 10 - 12
1010 Wien

Aufnahme ins Mitgliederverzeichnis der Ärztekammer für Tirol

Sollten Sie Ihre ärztliche Tätigkeit für mehr als 3 Monate vor Ihrem Antrag um Wiedereintragung in die Ärzteliste eingestellt haben, so ist eine telefonische Anamnese erforderlich!

Titel, Vor- und Nachname:

ÖÄK-ID: _____

Geburtsdatum: _____

Geburtsort: _____

Staatsbürgerschaft: _____

Hauptwohnsitz: _____

Postzustelladresse: _____

Telefonnummer: _____ **E-Mail Adresse:** _____

Familienstand: ledig verheiratet verwitwet geschieden

verpartnert

Name, Geburtsdatum des Ehegatten bzw. der Ehegattin:

Vor- und Familienname vor der Eheschließung:

Geburtsdatum:

Namen und Geburtsdatum der Kinder: weibl. männl.

Vor- und Nachname:

Geburtsdatum:

Vor- und Nachname:

Geburtsdatum:

Vor- und Nachname:

Geburtsdatum:

Ärztliche Berufsausübung im Bundesland Tirol:

Niederlassung ab: _____

*) Zusätzlich ist das Formular „Mitteilung über Praxiseröffnung“ erforderlich

Berufssitz in: _____

Tätig als: Fachärztin/Facharzt für _____
 Ärztin/Arzt für Allgemeinmedizin
 approbierte/r Ärztin/Arzt

ODER:

Anstellung ab: _____

*) Zusätzlich ist eine schriftliche Stellenzusage bzw. eine Dienstantrittsbestätigung erforderlich

Dienstgeber: _____

Tätig als: Fachärztin/Facharzt für _____
 Ärztin/Arzt für Allgemeinmedizin
 approbierte/r Ärztin/Arzt
 Turnusärztin/Turnusarzt
 (in Ausbildung befindlicher Arzt)

ODER:

Ärztliche Nebentätigkeit

Art der Nebentätigkeit: _____

Datum: _____

ODER:

<p>Wohnsitzarzt ab: _____</p> <p>*) Zusätzlich ist das Formular „Anmeldung als Wohnsitzarzt“ erforderlich</p> <p>Art der Tätigkeit: _____</p> <p>(Bsp.: Praxisvertretung, Notarzt, Schularzt, Betriebsarzt etc.)</p> <p>Tätig als: Fachärztin/Facharzt für _____</p> <p>Ärztin/Arzt für Allgemeinmedizin</p> <p>approbierte/r Ärztin/Arzt</p>
--

Letzte ärztliche Tätigkeit in Österreich: _____

Zuständige Landesärztekammer: _____

Zeitraum: von: _____ bis: _____

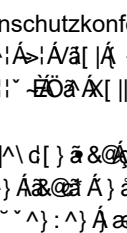
Datum: _____  Unterschrift: _____

Die von Ihnen angegebenen Daten werden datenschutzkonform verarbeitet (nähere Informationen finden Sie auf unserer Homepage).

Ärztliche Tätigkeit in Österreich: _____

Zuständige Landesärztekammer: _____

Zeitraum: von: _____ bis: _____

Datum: _____  Unterschrift: _____