

Meldung der Eröffnung einer Niederlassung

HINWEIS: Felder, die mit der Ziffer „1“ gekennzeichnet sind, enthalten öffentliche Daten der Ärzteliste

I. Angaben zur Person

Familienname:	Vorname:
Wohnadresse:	
E-Mail intern: <small>Sie erklären sich damit einverstanden, künftig Ärztekammer-Mitteilungen auf diese E-Mail-Adresse zu erhalten.</small>	Telefon privat:

II. Angaben zur Niederlassung ¹

Die Tätigkeit in der Praxis wird ausgeübt als

- Arzt für Allgemeinmedizin
 Facharzt für _____

Ordinationsdaten

Datum der Praxiseröffnung: _____
 Adresse: _____
 Telefon: _____
 FAX-Nummer: _____
 E-Mail öffentlich: _____

Ordinationszeiten:

	Vormittag	Nachmittag
Mo	-	-
Di	-	-
Mi	-	-
Do	-	-
Fr	-	-
Sa	-	-

Job-Sharing (nur für Vertragsärzte):

- ja mit folgenden prozentuellen Aufteilungen
 Dr. _____ %
 Dr. _____ %
 nein

Ordinationsgemeinschaft:

- ja, mit _____
 nein

Gruppenpraxis:

- ja, mit _____
 nein

Die neue Ordination ist:

- Erstordination
- Zweitordination

Informationen zu weiteren ärztlichen Tätigkeiten:

- Es besteht ein aufrechtes Anstellungsverhältnis zu: _____
 - Vollzeitbeschäftigung
 - Teilzeitbeschäftigung (Ausmaß der Beschäftigung in %): _____
- Folgende zusätzliche ärztliche Tätigkeiten bleiben weiterhin aufrecht:

- Im Zuge dieser Meldung gebe ich die Einstellung meiner folgenden ärztlichen Tätigkeit bekannt:

Bankverbindung:

IBAN:

Postzusendungen der Ärztekammer für Vorarlberg ersuche ich an folgende Adresse zu übermitteln:

- Adresse der Erstordination
 - Wohnadresse
 - Sonstige Postzustelladresse (Adresse bitte angeben)
- _____

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

Ich bestätige hiermit, dass ich für die Eröffnung einer Niederlassung die Bedingungen der gesetzlich vorgeschriebenen Berufshaftpflichtversicherung gemäß § 52d ÄrzteG 1998 erfülle und dass mein Versicherer eine diesbezügliche Deckungsbestätigung an die Ärztekammer übermittelt.

Ich nehme zur Kenntnis, dass meine Angaben elektronisch verarbeitet werden. Dies gilt auch für alle zukünftigen Meldungen. Ich versichere, dass ich alle Angaben richtig und vollständig gemacht habe und nehme zur Kenntnis, dass wesentlich unrichtige Angaben rechtliche Konsequenzen nach sich ziehen.

Ort / Datum

Unterschrift der Ärztin/des Arztes