

Bitte senden an:

Amt der Steiermärkischen Landesregierung
Abteilung 8 – Gesundheit und Pflege
Referat Gesundheitsrecht
Friedrichgasse 9, 8010 Graz
E-Mail: gesundheitsrecht@stmk.gv.at



Antrag einer Sonderkrankenanstalt auf Anerkennung als Ausbildungsstätte für die Basisausbildung

Bitte beachten Sie:

Datumsformat: tt.mm.jjjj	<input checked="" type="checkbox"/> Zutreffendes ankreuzen
---------------------------------	--

1.	Angaben zur Antragstellerin/zum Antragsteller
-----------	--

1.1	Rechtsträgerin/Rechtsträger	
	Bezeichnung:	Bezeichnung eingeben.
	Adresse:	Adresse eingeben.

1.2	Einrichtung	
	Sonderkrankenanstalt:	Sonderkrankenanstalt eingeben.
	Abteilung/Institut/Organisationseinheit:	Abteilung/Organisationseinheit eingeben.

1.3	Kontaktperson	
	Name:	Name eingeben.
	Telefonnummer:	Telefonnummer eingeben.
	E-Mail-Adresse:	E-Mail eingeben.

2.	Angaben zum Antrag
-----------	---------------------------

2.1	Allgemeines	
	Gewünschtes Anerkennungsdatum:	Datum eingeben.
	Gewünschtes Ausbildungsausmaß/ Monate:	Anerkennungsausmaß eingeben.

3.	Nachweis der Personalstruktur
-----------	--------------------------------------

3.1	Personelle Besetzung
------------	-----------------------------

3.1.1	Leitung der Abteilung/des Instituts/der Organisationseinheit	
	Name:	Namen eingeben.
	(Fach-)Ärztin/(Fach-)Arzt für:	Fachgebiet eingeben.
	Beschäftigungsausmaß in Wochenstunden:	Beschäftigungsausmaß eingeben.

3.1.2	Stv. Leitung der Abteilung/des Instituts/der Organisationseinheit (Stv. Ausbildungsverantwortliche/Ausbildungsverantwortlicher)	
	Name:	Namen eingeben.
	(Fach-)Ärztin/(Fach-)Arzt für:	Fachgebiet eingeben.
	Beschäftigungsausmaß in Wochenstunden:	Beschäftigungsausmaß eingeben.

4.	Nachweis der Vermittlung der klinischen Basiskompetenzen (§ 6a Abs. 4 ÄrzteG 1998 iVm § 6 Abs. 3 ÄAO 2015 und § 4 Abs. 1 KEF und RZ-V 2015)
	<p>Nachweis der Vermittlung der klinischen Basiskompetenzen ist dem Antrag beigelegt, bestehend aus einer vollständig befüllten tabellarischen Übersicht der Anlage 33 der KEF und RZ-V 2015 und einer Auflistung der Art und Zahl der Hauptdiagnosen der letzten beiden Kalenderjahre:</p> <p><input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein</p> <p>Die (Teil-)Anerkennung einer Sonderkrankenanstalt nach § 2 Abs. 1 Z 2 KAKuG als Ausbildungsstätte für die Basisausbildung ist möglich, sofern die entsprechenden Voraussetzungen für die Vermittlung der klinischen Basiskompetenzen in der Sonderkrankenanstalt gegeben sind (§ 6a Abs. 4 ÄrzteG 1998). Im Rahmen der Basisausbildung sind Kenntnisse, Erfahrungen und Fertigkeiten in chirurgischen und konservativen Fachgebieten gemäß Anlage 33 der ÄAO 2015 zu erwerben (§ 6 Abs. 1 und 3 ÄAO 2015 iVm § 4 Abs. 1 KEF und RZ-V 2015).</p>
5.	Notwendige Beilagen
	<ul style="list-style-type: none"> ○ Vollständig befüllte tabellarische Übersicht gemäß Anlage 33 der KEF und RZ-V 2015 ○ Auflistung und Anzahl der im davorliegenden Kalenderjahr gestellten Hauptdiagnosen der Ausbildungsstätte
6.	Datenschutzrechtlichen Bestimmungen
	<ol style="list-style-type: none"> 1. Im Zuge dieses Verfahrens bekanntgegebene Daten und jene Daten, die die Behörde im Zuge des Ermittlungsverfahrens erhält, werden auf Grund des Art. 6 Abs. 1 lit. c und e Datenschutz-Grundverordnung in Verbindung mit den diesem Verfahren zugrundeliegenden Materiengesetzen automationsunterstützt verarbeitet. Die Verarbeitung erfolgt zum Zweck der Abwicklung des eingeleiteten Verfahrens, der Beurteilung des Sachverhalts, der Erteilung der Bewilligung sowie auch zum Zweck der Überprüfung. 2. Die allgemeinen Informationen <ul style="list-style-type: none"> ○ zu den zustehenden Rechten auf Auskunft, Berichtigung, Löschung, Einschränkung der Verarbeitung, Widerruf und Widerspruch sowie auf Datenübertragbarkeit; ○ zum zustehenden Beschwerderecht bei der Österreichische Datenschutzbehörde; ○ zum Verantwortlichen der Verarbeitung und zum Datenschutzbeauftragten finden Sie auf der Datenschutz-Informationssseite (https://datenschutz.stmk.gv.at). <p>Die datenschutzrechtlichen Bestimmungen werden zur Kenntnis genommen.</p> <p><input type="checkbox"/> Ja / <input type="checkbox"/> Nein</p>
7.	Bestätigung der Richtigkeit der am Formular angegebenen Daten
	<p>Die Richtigkeit der am Formular angegebenen Daten und Beilagen wird bestätigt.</p> <p><input type="checkbox"/> Ja / <input type="checkbox"/> Nein</p>

(Unterschrift der Unterzeichnerin/des Unterzeichners)

Unterzeichnerin/Unterzeichner eingeben.

(Name der Unterzeichnerin/des Unterzeichners in
Blockbuchstaben)

(Unterschrift/Stampiglie der Rechtsträgerin/des Rechtsträgers)

Unterzeichnerin/Unterzeichner eingeben.

(Name der Rechtsträgerin/des Rechtsträgers in
Blockbuchstaben)