

Bitte senden an:

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



Das Land
Steiermark

Antrag auf Festsetzung von weiteren Ausbildungsstellen als Fachärztin/Facharzt

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	
<input type="checkbox"/>	Krankenanstalt:	Adresse eingeben.
		Abteilung/Organisationseinheit eingeben.
<input type="checkbox"/>	Universitätsklinik:	Adresse eingeben.
		(Klinische) Abteilung/Department eingeben.
<input type="checkbox"/>	Sonstige Organisationseinheit von medizinischen Universitäten:	Adresse eingeben.
		Organisationseinheit eingeben.
<input type="checkbox"/>	Sonderkrankenanstalt:	Adresse eingeben.
		Organisationseinheit eingeben.
<input type="checkbox"/>	Selbstständiges Ambulatorium:	Adresse eingeben.
		Organisationseinheit eingeben.
<input type="checkbox"/>	Untersuchungsanstalt der Gesundheitsverwaltung:	Adresse eingeben.
		Organisationseinheit eingeben.

<input type="checkbox"/>	Arbeitsmedizinisches Zentrum:	Adresse eingeben.
		Organisationseinheit eingeben.
<input type="checkbox"/>	Anstalt für die Unterbringung geistig abnormer oder entwöhnungsbedürftiger Rechtsbrecher:	Adresse eingeben.
		Organisationseinheit eingeben.
<input type="checkbox"/>	Krankenabteilung einer Justizanstalt:	Adresse eingeben.
		Organisationseinheit eingeben.

1.3	Fachgebiet
<input type="checkbox"/>	Anästhesiologie und Intensivmedizin
<input type="checkbox"/>	Anatomie
<input type="checkbox"/>	Arbeitsmedizin und angewandte Physiologie
<input type="checkbox"/>	Augenheilkunde und Optometrie
<input type="checkbox"/>	Allgemeinchirurgie und Viszeralchirurgie
<input type="checkbox"/>	Allgemeinchirurgie und Gefäßchirurgie
<input type="checkbox"/>	Herzchirurgie
<input type="checkbox"/>	Kinder- und Jugendchirurgie
<input type="checkbox"/>	Neurochirurgie
<input type="checkbox"/>	Plastische, Rekonstruktive und Ästhetische Chirurgie
<input type="checkbox"/>	Thoraxchirurgie
<input type="checkbox"/>	Frauenheilkunde und Geburtshilfe
<input type="checkbox"/>	Gerichtsmedizin
<input type="checkbox"/>	Hals-, Nasen- und Ohrenheilkunde
<input type="checkbox"/>	Haut- und Geschlechtskrankheiten
<input type="checkbox"/>	Histologie, Embryologie und Zellbiologie
<input type="checkbox"/>	Innere Medizin

<input type="checkbox"/>	Innere Medizin und Angiologie
<input type="checkbox"/>	Innere Medizin und Endkrinologie und Diabetologie
<input type="checkbox"/>	Innere Medizin und Gastroenterologie und Hepatologie
<input type="checkbox"/>	Innere Medizin und Hämatologie und internistische Onkologie
<input type="checkbox"/>	Innere Medizin und Infektiologie
<input type="checkbox"/>	Innere Medizin und Intensivmedizin
<input type="checkbox"/>	Innere Medizin und Kardiologie
<input type="checkbox"/>	Innere Medizin und Nephrologie
<input type="checkbox"/>	Innere Medizin und Pneumologie
<input type="checkbox"/>	Innere Medizin und Rheumatologie
<input type="checkbox"/>	Kinder- und Jugendheilkunde
<input type="checkbox"/>	Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapeutische Medizin
<input type="checkbox"/>	Klinische Immunologie
<input type="checkbox"/>	Klinische Immunologie und Spezifische Prophylaxe und Tropenmedizin
<input type="checkbox"/>	Klinische Pathologie und Molekularpathologie
<input type="checkbox"/>	Klinische Pathologie und Neuropathologie
<input type="checkbox"/>	Klinische Mikrobiologie und Hygiene
<input type="checkbox"/>	Klinische Mikrobiologie und Virologie
<input type="checkbox"/>	Medizinische Genetik
<input type="checkbox"/>	Medizinische und Chemische Labordiagnostik
<input type="checkbox"/>	Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie
<input type="checkbox"/>	Neurologie
<input type="checkbox"/>	Nuklearmedizin
<input type="checkbox"/>	Orthopädie und Traumatologie
<input type="checkbox"/>	Pharmakologie und Toxikologie

<input type="checkbox"/>	Physikalische Medizin und Allgemeine Rehabilitation
<input type="checkbox"/>	Physiologie und Pathophysiologie
<input type="checkbox"/>	Psychiatrie und Psychotherapeutische Medizin
<input type="checkbox"/>	Public Health
<input type="checkbox"/>	Radiologie
<input type="checkbox"/>	Strahlentherapie-Radioonkologie
<input type="checkbox"/>	Transfusionsmedizin
<input type="checkbox"/>	Urologie

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

2.1	Allgemeines		
	<table border="1"> <tr> <td>Gewünschtes Anerkennungsdatum:</td> <td>Datum eingeben.</td> </tr> </table>	Gewünschtes Anerkennungsdatum:	Datum eingeben.
Gewünschtes Anerkennungsdatum:	Datum eingeben.		

<input type="checkbox"/>	SFG - Sonderfach-Grundausbildung	
	Gewünschte Zahl der Ausbildungsstellen SFG:	Zahl eingeben.
	Gewünschtes Ausbildungsausmaß/Monate:	Ausbildungsausmaß eingeben.
	Zahl der bereits bestehenden Ausbildungsstellen SFG:	Anzahl eingeben.
		Flexibel besetzt: <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
	Bisherige Kooperation(en) mit anderer Einrichtung/anderen Einrichtungen:	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein

<input type="checkbox"/>	SFS - Sonderfachschwerpunktausbildung	
	Gewünschte Zahl der Ausbildungsstellen SFS:	Zahl eingeben.
	Gewünschtes Ausbildungsausmaß/Monate:	Ausbildungsausmaß eingeben.
	Zahl der bereits bestehenden Ausbildungsstellen SFS:	Zahl eingeben.
		Flexibel besetzt: <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein

Flexible Besetzung gewünscht:	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Bisherige Kooperation(en) mit anderer Einrichtung/anderen Einrichtungen:	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Angabe der beantragten Module/Spezialgebiete:	
Modul/Spezialgebiet 1:	Bezeichnung eingeben.
	Ausmaß eingeben.
Modul/Spezialgebiet 2:	Bezeichnung eingeben.
	Ausmaß eingeben.
Modul/Spezialgebiet 3:	Bezeichnung eingeben.
	Ausmaß eingeben.
Modul/Spezialgebiet 4:	Bezeichnung eingeben.
	Ausmaß eingeben.
Modul/Spezialgebiet 5:	Bezeichnung eingeben.
	Ausmaß eingeben.
Modul/Spezialgebiet 6:	Bezeichnung eingeben.
	Ausmaß eingeben.
Modul/Spezialgebiet 7:	Bezeichnung eingeben.
	Ausmaß eingeben.
Modul/Spezialgebiet 8:	Bezeichnung eingeben.
	Ausmaß eingeben.
Modul/Spezialgebiet 9:	Bezeichnung eingeben.
	Ausmaß eingeben.

3.	Nachweis der Personal- und Abteilungsstruktur (§ 10 Abs. 2 Z 1 ÄrzteG 1998)
-----------	--

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

3.1.1	Leitung der Abteilung/des Instituts/der Organisationseinheit	
	Name:	Namen eingeben.
	Fachärztin/Facharzt für:	Fachgebiet eingeben.
	Beschäftigungsausmaß in Stunden:	Beschäftigungsausmaß eingeben.

3.1.2	Stv. Leitung der Abteilung/des Instituts/der Organisationseinheit (Stv. Ausbildungsverantwortliche/Ausbildungsverantwortlicher)	
	Name:	Namen eingeben.
	Fachärztin/Facharzt für:	Fachgebiet eingeben.
	Beschäftigungsausmaß in Stunden:	Beschäftigungsausmaß eingeben.

3.1.3	weitere Fachärztinnen/Fachärzte <i>(Erforderliche Daten:</i> <ul style="list-style-type: none"> • <i>Name</i> • <i>Fachärztin/Facharzt für</i> • <i>Beschäftigt an der Abteilung seit [tt:mm:jjjj]</i> • <i>Beschäftigungsausmaß in Stunden)</i> 	
	weitere Fachärztinnen/Fachärzte eingeben.	

3.1.4	Anzahl der Ärztinnen/Ärzte für Allgemeinmedizin (z.B. Stationsärztinnen/Stationsärzte) an der Abteilung/Organisationseinheit	
	Anzahl eingeben.	

3.2	Abteilungsstruktur bzw. strukturelle Gegebenheiten der Organisationseinheit	
	Anzahl der Bettenstationen:	Anzahl eingeben.
	Anzahl der Betten:	Anzahl eingeben.
	Schwerpunkte:	Schwerpunkte eingeben.
	Tagesklinik/Wochenklinik:	Tagesklinik/Wochenklinik eingeben.
	Anzahl der ambulanten Patientinnen/Patienten:	Anzahl eingeben.
	Anzahl der stationären Aufnahmen:	Anzahl eingeben.

4.	<p>Nachweis des medizinischen Leistungsspektrums (§ 10 Abs. 2 Z 2, Abs. 4b und 4c ÄrzteG 1998)</p> <p>Medizinisches Leistungsspektrum ist dem Antrag beigelegt:</p> <p><input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein</p> <p>Der Nachweis hinsichtlich der zu vermittelnden Fertigkeiten ist durch eine den Vorgaben des § 10 Abs. 4b ÄrzteG 1998 entsprechend aufbereitete Darstellung des Leistungsspektrums zu erbringen, aus der die für die beantragte Anzahl von Ausbildungsstellen umfängliche und inhaltliche Vermittelbarkeit vollständig, nachvollziehbar und schlüssig hervorgeht.</p> <p>Vorzulegen sind eine vollständig befüllte <u>Schablone</u>, in der - bezogen auf die erforderlichen Organisationseinheiten der Ausbildungsstätte und gegliedert nach den zu vermittelnden Fertigkeiten unter Heranziehung des Definitionenhandbuches für die ärztliche Aus- und Weiterbildung gemäß § 13d Abs. 1 ÄrzteG 1998– die Leistungszahlen gemäß § 10 Abs. Abs. 4c ÄrzteG 1998 den in der Verordnung gemäß § 24 Abs. 2 ÄrzteG 1998 vorgesehenen Richtzahlen gegenübergestellt werden, sowie die nachvollziehbare, leistungsbezogen berechnete, beabsichtigte <u>Zahl der Ausbildungsstellen</u>, wobei zu beachten ist, dass die Leistungszahlen gemäß § 10 Abs. 4c ÄrzteG 1998 über die rein rechnerisch erforderliche Höhe in einem solchen Ausmaß hinausgehen müssen, dass die durch Fachärztinnen/Fachärzte der Organisationseinheiten zu erbringenden Leistungen angemessen berücksichtigt werden.</p> <p><u>Hinweis:</u> Das Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz (BMSGPK) (aerzteausbildung@gesundheitsministerium.gv.at) stellt auf Anfrage die abteilungs-/organisationseinheitenbezogenen Daten dem Träger zur Verfügung. Bitte nennen Sie dabei auch das relevante Fach. Aus datenschutzrechtlichen Gründen ist eine direkte Übermittlung dieser Daten an das Referat für Sanitäts-, Lebensmittel- und Veterinärrecht der Abteilung 8 des Landes Steiermark nicht zulässig. Nicht in den Daten des BMSGPK vorhandene relevante Informationen zu ausgewählten Fertigkeiten müssen vom Träger ergänzt werden (z.B. nachzuweisende Zahlen in Fertigkeiten wie Gastroskopien, Endoskopien).</p>
----	--

5.	Bescheid(e)
	<p>Sämtliche die Ausbildungsstätte betreffende Vorbescheide sind dem Antrag beigelegt:</p> <p><input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein</p>

6.	Notwendige Beilagen
	<p><input type="checkbox"/> Nachweis der Personal- und Abteilungsstruktur</p> <p><input type="checkbox"/> Nachweis der Vermittelbarkeit des medizinischen Leistungsspektrums nach den Anlagen der KEF und RZ-Verordnung 2015 (= Leistungszahlen) im beantragten Sonderfach</p> <p><input type="checkbox"/> Bestehende(r) Bescheid(e)</p> <p><input type="checkbox"/> Allfälliger Nachweis über die organisatorischen Rahmenbedingungen von abteilungs- oder organisationsübergreifender Tätigkeit</p> <p><input type="checkbox"/> Allfällige Kooperationsvereinbarung(en)</p>

7.	Datenschutzrechtlichen Bestimmungen
	<p>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.</p> <p>2. Die allgemeinen Informationen</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> zu den zustehenden Rechten auf Auskunft, Berichtigung, Löschung, Einschränkung der Verarbeitung, Widerruf und Widerspruch sowie auf Datenübertragbarkeit; <input type="checkbox"/> zum zustehenden Beschwerderecht bei der Österreichische Datenschutzbehörde; <input type="checkbox"/> 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>

8.	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/Stampiglie der ärztlichen Direktion)

Unterzeichnerin/Unterzeichner eingeben.

(Name der/des Unterzeichnerin/Unterzeichners in
Blockbuchstaben)

(Unterschrift/Stampiglie der Rechtsträgerin/des Rechtsträgers)

Unterzeichnerin/Unterzeichner eingeben.

(Name der/des Unterzeichnerin/Unterzeichners in
Blockbuchstaben)