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 Ärztin/Arzt für Allgemeinmedizin

Bitte beachten Sie:

Datumsformat: **tt.mm.jjjj**	☒ Zutreffendes ankreuzen

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

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

1.2	**Einrichtung**	
☐	Krankenanstalt:	**Adresse** eingeben.
		Abteilung/Organisationseinheit eingeben.
☐	Universitätsklinik:	**Adresse** eingeben.
		(Klinische) Abteilung/Department eingeben.
☐	Sonstige Organisationseinheit von medizinischen Universitäten:	**Adresse** eingeben.
		Organisationseinheit eingeben.
☐	Sonderkrankenanstalt:	**Adresse** eingeben.
		Organisationseinheit eingeben.

1.3	Fachgebiet
☐	Haut- und Geschlechtskrankheiten (Anlage 1.B.1-DER)
☐	Hals-, Nasen- und Ohrenheilkunde (Anlage 1.B.1-HNO)
☐	Innere Medizin (Anlage 1.B.2)
☐	Frauenheilkunde und Geburtshilfe (Anlage 1.B.3)
☐	Kinder- und Jugendheilkunde (Anlage 1.B.4)
☐	Orthopädie und Traumatologie (Anlage 1.B.5)
☐	Psychiatrie und Psychotherapeutische Medizin (Anlage 1.B.6)
☐	Wahlfach Anästhesiologie und Intensivmedizin (Anlage 1.B.7.1)
☐	Wahlfach Augenheilkunde und Optometrie (Anlage 1.B.7.2)
☐	Wahlfach Allgemeinchirurgie und Viszeralchirurgie (Anlage 1.B.7.3)
☐	Wahlfach Hals-, Nasen- und Ohrenheilkunde (Anlage 1.B.7.4)
☐	Wahlfach Haut- und Geschlechtskrankheiten (Anlage 1.B.7.5)
☐	Wahlfach Neurologie (Anlage 1.B.7.6)
☐	Wahlfach Urologie (Anlage 1.B.7.7)

1.4	Ausbildung durch Konsiliarärztin/Konsiliararzt/ohne Konsiliarärztin/Konsiliararzt

☐	Die Ausbildung erfolgt **nicht** durch eine/einen Konsiliarärztin/Konsiliararzt

☐	Die Ausbildung wird **durch** eine/einen Konsiliarärztin/Konsiliararzt ausgeführt	
	- Konsiliarärztin/Konsiliararzt:	**Namen** eingeben.
	- Adresse der Ordination:	**Adresse** eingeben.
	- Beschäftigungsausmaß/Stunden/Woche in der Krankenanstalt:	**Beschäftigungsausmaß (Stunden/Wochen)** eingeben.

Öffnungszeiten der Lehrpraxis

	Von hh:mm	**Bis hh:mm**
Montag	**Öffnungszeit** eingeben.	**Öffnungszeit** eingeben.
Dienstag	**Öffnungszeit** eingeben.	**Öffnungszeit** eingeben.
Mittwoch	**Öffnungszeit** eingeben.	**Öffnungszeit** eingeben.
Donnerstag	**Öffnungszeit** eingeben.	**Öffnungszeit** eingeben.
Freitag	**Öffnungszeit** eingeben.	**Öffnungszeit** eingeben.

2.	**Angaben zum Antrag**

2.1	Allgemeines	
	Gewünschtes Anerkennungsdatum:	**Datum** eingeben.

2.2	Ausbildungsstellen	
	Gewünschte Zahl der Ausbildungsstellen:	**Zahl** eingeben.
	Gewünschtes Ausbildungsausmaß/ Monate:	**Anerkennungsausmaß** eingeben.
	Zahl der bereits bestehenden Ausbildungsstellen:	**Zahl** eingeben.

3.	**Nachweis der Personal- und Abteilungsstruktur (§ 9 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 *(Erforderliche Daten:* • *Name* • *Fachärztin/Facharzt für* • *Beschäftigt an der Abteilung seit [tt:mm:jjjj]* • *Beschäftigungsausmaß in Stunden)*
	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.	**Nachweis des medizinischen Leistungsspektrums (§ 9 Abs. 2 Z 2, Abs. 3b und 3c ÄrzteG 1998)**

Medizinisches Leistungsspektrum ist dem Antrag beigelegt:

☐ Ja ☐ Nein

Der Nachweis hinsichtlich der zu vermittelnden Fertigkeiten ist durch eine den Vorgaben des § 9 Abs. 3b 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.

Vorzulegen sind eine vollständig befüllte Schablone, 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 § 9 Abs. 3c ÄrzteG 1998 den in der Verordnung gemäß § 24 Abs. 2 ÄrzteG 1998 vorgesehenen Richtzahlen gegenübergestellt werden, sowie die nachvollziehbare, leistungsbezogen berechnete, beabsichtigte Zahl der Ausbildungsstellen, wobei zu beachten ist, dass die Leistungszahlen gemäß § 9 Abs. 3c 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.

Hinweis:
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 Gesundheitsrecht 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).

5.	**Bescheid(e)**
	Sämtliche die Ausbildungsstätte betreffende Vorbescheide sind dem Antrag beigelegt: ☐ Ja ☐ Nein

6.	**Notwendige Beilagen**
	○ Nachweis der Personal- und Abteilungsstruktur
	○ Nachweis der Vermittelbarkeit des medizinischen Leistungsspektrums nach den Anlagen der KEF und RZ-Verordnung 2015 (= Leistungszahlen)
	○ Bestehende(r) Bescheid(e)
	○ Allfälliger Nachweis über die organisatorischen Rahmenbedingungen von abteilungs- oder organisationsübergreifender Tätigkeit
	○ Allfällige Kooperationsvereinbarung(en)

7.	**Datenschutzrechtlichen Bestimmungen**
	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 zugrundliegenden 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 ○ 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-Informationsseite (https://datenschutz.stmk.gv.at). Die datenschutzrechtlichen Bestimmungen werden zur Kenntnis genommen. ☐ Ja ☐ Nein

8.	**Bestätigung der Richtigkeit der am Formular angegebenen Daten**
	Die Richtigkeit der am Formular angegebenen Daten und Beilagen wird bestätigt. ☐ Ja ☐ Nein

(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)