**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: | Klicken Sie hier, um die **Bezeichnung** einzugeben. |
| Adresse: | Klicken Sie hier, um die **Adresse** einzugeben. |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **1.2** | **Einrichtung** | |
|  | Krankenanstalt: | Klicken Sie hier, um die **Adresse** einzugeben. |
| Klicken Sie hier, um **Abteilung/Organisationseinheit** einzugeben. |
|  | Universitätsklinik: | Klicken Sie hier, um die **Adresse** einzugeben. |
| Klicken Sie hier, um **(Klinische) Abteilung/Department** einzugeben. |
|  | Sonstige Organisationseinheit von medizinischen Universitäten: | Klicken Sie hier, um die **Adresse** einzugeben. |
| Klicken Sie hier, um **Organisationseinheit** einzugeben. |
|  | Sonderkrankenanstalt: | Klicken Sie hier, um die **Adresse** einzugeben. |
| Klicken Sie hier, um **Organisationseinheit** einzugeben. |

|  |  |
| --- | --- |
| 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: | Klicken Sie hier, um den **Namen** einzugeben. |
| * Adresse der Ordination: | Klicken Sie hier, um die **Adresse** einzugeben. |
| * Beschäftigungsausmaß/Stunden/Woche in der Krankenanstalt: | Klicken Sie hier, um das **Beschäftigungsausmaß (Stunden/Wochen)** einzugeben. |
| |  |  |  | | --- | --- | --- | | Öffnungszeiten der Lehrpraxis | | | |  | **Von**  **hh:mm** | **Bis**  **hh:mm** | | Montag | Klicken Sie hier, um die **Öffnungszeit** einzugeben. | Klicken Sie hier, um die **Öffnungszeit** einzugeben. | | Dienstag | Klicken Sie hier, um die **Öffnungszeit** einzugeben. | Klicken Sie hier, um die **Öffnungszeit** einzugeben. | | Mittwoch | Klicken Sie hier, um die **Öffnungszeit** einzugeben. | Klicken Sie hier, um die **Öffnungszeit** einzugeben. | | Donnerstag | Klicken Sie hier, um die **Öffnungszeit** einzugeben. | Klicken Sie hier, um die **Öffnungszeit** einzugeben. | | Freitag | Klicken Sie hier, um die **Öffnungszeit** einzugeben. | Klicken Sie hier, um die **Öffnungszeit** einzugeben. | | |

|  |  |
| --- | --- |
| **2.** | **Angaben zum Antrag** |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 2.1 | Allgemeines | |
|  | Gewünschtes Anerkennungsdatum: | Klicken Sie hier, um **Datum** einzugeben. |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 2.2 | Ausbildungsstellen | |
|  | Gewünschte Zahl der Ausbildungsstellen: | Klicken Sie hier, um die **Zahl** einzugeben. |
| Gewünschtes Ausbildungsausmaß/Monate: | Klicken Sie hier, um das **Anerkennungsausmaß** einzugeben. |
| Zahl der bereits bestehenden Ausbildungsstellen: | Klicken Sie hier, um **Zahl** einzugeben. |

|  |  |
| --- | --- |
| **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: | Klicken Sie hier, um den **Namen** einzugeben. |
| Fachärztin/Facharzt für: | Klicken Sie hier, um das **Fachgebiet** einzugeben. |
| Beschäftigungsausmaß in Stunden: | Klicken Sie hier, um das **Beschäftigungsausmaß** einzugeben. |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 3.1.2 | Stv. Leitung der Abteilung/des Instituts/der Organisationseinheit (Stv. Ausbildungsverantwortliche/Ausbildungsverantwortlicher) | |
|  | Name: | Klicken Sie hier, um den **Namen** einzugeben. |
| Fachärztin/Facharzt für: | Klicken Sie hier, um das **Fachgebiet** einzugeben. |
| Beschäftigungsausmaß in Stunden: | Klicken Sie hier, um das **Beschäftigungsausmaß** einzugeben. |

|  |  |
| --- | --- |
| 3.1.3 | weitere Fachärztinnen/Fachärzte *(Erforderliche Daten:*   * *Name* * *Fachärztin/Facharzt für* * *Beschäftigt an der Abteilung seit [tt:mm:jjjj]* * *Beschäftigungsausmaß in Stunden)* |
|  | Klicken Sie hier, um weitere **Fachärztinnen/Fachärzte** einzugeben. |

|  |  |
| --- | --- |
| 3.1.4 | Anzahl der Ärztinnen/Ärzte für Allgemeinmedizin (z.B. Stationsärztinnen/Stationsärzte) an der Abteilung/Organisationseinheit |
|  | Klicken Sie hier, um die **Anzahl** einzugeben. |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 3.2 | Abteilungsstruktur bzw. strukturelle Gegebenheiten der Organisationseinheit | |
|  | Anzahl der Bettenstationen: | Klicken Sie hier, um die **Anzahl** einzugeben. |
|  | Anzahl der Betten: | Klicken Sie hier, um die **Anzahl** einzugeben. |
|  | Schwerpunkte: | Klicken Sie hier, um **Schwerpunkte** einzugeben. |
|  | Tagesklinik/Wochenklinik: | Klicken Sie hier, um **Tagesklinik/Wochenklinik** einzugeben. |
|  | Anzahl der ambulanten Patientinnen/Patienten: | Klicken Sie hier, um die **Anzahl** einzugeben. |
|  | Anzahl der stationären Aufnahmen: | Klicken Sie hier, um die **Anzahl** einzugeben. |

|  |  |
| --- | --- |
| **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. 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](mailto: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). |

|  |  |
| --- | --- |
| **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](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 ) |
| Klicken Sie hier, um **Unterzeichnerin/Unterzeichner** einzugeben. |
| (Name der/des Unterzeichnerin/Unterzeichners in Blockbuchstaben) |

|  |
| --- |
| (Unterschrift/Stampiglie der Rechtsträgerin/des Rechtsträgers) |
|  |
| Klicken Sie hier, um **Unterzeichnerin/Unterzeichner** einzugeben. |
| ( Name der/des Unterzeichnerin/Unterzeichners in Blockbuchstaben ) |