



**Antrag auf Anerkennung einer Lehrpraxis im Fachgebiet
Allgemeinmedizin
(§ 12 Ärztegesetz)**

1.) Angaben zum Antragsteller

Name:

Geboren am:

Ärztin für Allgemeinmedizin / Arzt für Allgemeinmedizin seit:

Ordinationsanschrift:

Datum der Niederlassung:

Weitere freiberufliche Tätigkeiten (u.a. Vertretungen):

seit

seit

seit

Ansprechperson samt Kontaktdaten:

2. Ordinationsangaben:

a.) Ordinationszeiten:

Ich bestätige hiermit, dass in meiner Praxis eine Ausbildung im Rahmen eines Arbeitsverhältnisses erfolgt und eine Kernausbildungszeit von mindestens 30 Wochenstunden (bei einer Vollzeitausbildung), jedenfalls aber die Ordinationszeiten umfasst. Zu den 30 Wochenstunden gehören neben den Praxisöffnungszeiten, die tägliche Vor- und Nacharbeit, Besuche von Pflegeheimen, Visiten, Totenbeschau u.Ä..

Zutreffendes bitte auswählen Ja Nein

b.) Werden in der Praxis mindestens 800 Patientinnen/Patienten pro Quartal in einem Durchrechnungszeitraum von einem Jahr behandelt? Ja Nein

- Wenn nein: Behandeln Sie jedenfalls 750 Patientinnen/Patienten? Ja Nein

- Wenn nein: nehmen Sie am Disease Management Programm (DMP) teil? Ja Nein



- Wenn nein: Gibt es andere berücksichtigungswürdige Gründe für die Unterschreitung der Betreuung von zumindest 800 Patientinnen/Patienten pro Quartal?

c.) Kassenvertrag mit §2 Kassen BVAEB SVS andere SV

Sonderverrechnungsbefugnisse für Nicht-Vertragsärzte (*Zutreffendes bitte ankreuzen*)

3. Weitere Bewilligungskriterien
(Zutreffendes bitte auswählen)

Die Ordinationsstätte weist die zur Erreichung des Ausbildungszieles erforderliche Ausstattung insbesondere auch in apparativer Hinsicht auf.

- Ja
 Nein

Weisen Sie zum Zeitpunkt der Antragstellung eine mindestens vierjährige Berufserfahrung als niedergelassene Ärztin/ niedergelassener Arzt für Allgemeinmedizin oder als freiberufliche Ärztin/freiberuflicher Arzt für Allgemeinmedizin auf?

- Ja
 Nein

Haben Sie ein von der Österreichischen Ärztekammer anerkanntes Lehrpraxisleiterseminar absolviert?

Bitte legen Sie den Nachweis am Ende des Formulars bei.

- Ja
 Nein

Verfügen Sie über ein gültiges DFP-Diplom?

- Ja
 Nein

Verfügt Ihre Ordination über die räumliche Ausstattung, die einen ungestörten Kontakt der Turnusärztin/des Turnusarztes mit den Patientinnen/Patienten ermöglicht und ist insbesondere ein eigener Untersuchungsraum für die Turnusärztin/den Turnusarzt vorhanden?

- Ja
 Nein



Ist ein schriftliches Ausbildungskonzept vorliegend, welches nachweist, dass die in der Ordinationsstätte erbrachten medizinischen Leistungen, nach Inhalt und Umfang, dem Turnusarzt die erforderlichen Kenntnisse, Erfahrungen und Fertigkeiten in den Fachgebieten Allgemeinmedizin sowie Hals-, Nasen-, Ohrenheilkunde und Haut- und Geschlechtskrankheiten vermitteln können.

Bitte legen Sie dieses dem Antrag bei.

- Ja
- Nein

Verfügt Ihre Ordination über eine adäquate EDV-Ausstattung?

- Ja
- Nein

° Sofern Sie Kassenärztin/ Kassenarzt sind: Entspricht diese den gesamtvertraglichen Regelungen?

- Ja
- Nein

Haben Sie Kenntnisse über die Grundlagen der Gesundheitsökonomie?

- Ja
- Nein

Wie wurden diese Erkenntnisse erworben?

- Durch einen Kurs?
- Durch Selbststudium?

Sonstiger Nachweis:

Befolgen Sie die Grundsätze der ökonomischen Verschreibweise im Hinblick auf die Verordnung von Nachfolgeprodukten?

- Ja
- Nein

Wurde Ihnen innerhalb der letzten 15 Jahre ein Einzelvertrag mit einem Sozialversicherungsträger gekündigt?

- Ja
- Nein

Liegt gegen Sie eine höchstens 5 Jahre zurückliegende rechtskräftige Entscheidung zur Honorarrückzahlung vor?

- Ja
- Nein



Ich bestätige die Vermittelbarkeit der Inhalte folgender Rasterzeugnisse:

- a) Fachgebiet Allgemeinmedizin Ja Nein
- b) Fachgebiet HNO Ja Nein
- c) Fachgebiet Haut Ja Nein

Bitte fügen Sie dem Antrag folgende Dokumente bei:

- Bestätigung über die Absolvierung des Lehrpraxisleitseminars
- Schriftliches Ausbildungskonzept
- Bis zu 3 Rasterzeugnisse
- Gegebenenfalls sonstige Beilagen