



**Antrag auf Bewilligung einer Lehrpraxis in einem Sonderfach
(§ 12 ÄrzteG)**

1.) Angaben zum Antragsteller

Name:

Geboren am:

Fachärztin/Facharzt für:

seit:

Ordinationsanschrift:

Datum der Niederlassung:

Weitere freiberufliche Tätigkeiten (u.a. Vertretungen):

seit

seit

seit

Ansprechperson samt Kontaktdaten:

2.) Anerkennung als Ausbildungsstätte

Zutreffendes bitte ankreuzen und Fach angeben

zur Ärztin für Allgemeinmedizin/ zum Arzt für Allgemeinmediziner im Fach

zur Fachärztin /zum Facharzt im Sonderfach



3.) 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..

- JA
 NEIN

b.) Wie viele Patientinnen/ Patienten pro Quartal behandeln Sie?

- c.) Kassenvertrag mit
 §2 Kassen
 BVAEB
 SVS
 andere SV
 Sonderverrechnungsbefugnisse für Nicht-Vertragsärztinnen/ Nicht-Vertragsärzte
(Zutreffendes bitte ankreuzen)

Werden die Richtzahlen in den beantragten Modulen erfüllt?

- JA
 NEIN

4.) Weitere Bewilligungskriterien

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 Fachärztin/ niedergelassener Facharzt oder als freiberufliche Fachärztin/ freiberuflicher Facharzt auf?

- JA
 NEIN



Haben Sie ein von der Österreichischen Ärztekammer anerkanntes Lehrpraxisleitseminar absolviert? *Bitte legen Sie, wenn vorhanden, 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 ein insbesondere eigener Untersuchungsraum für die Turnusärztin/den Turnusarzt vorhanden?

- JA
- NEIN

Liegt ein schriftliches Ausbildungskonzept vor?
Bitte legen Sie dieses, wenn vorhanden, 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?

- JA
- NEIN

Durch Selbststudium:

- JA
- NEIN

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



5.) Bestätigung der Richtigkeit der am Formular angegebenen Daten:

Die Richtigkeit der am Formular angegebenen Daten und Beilagen wird bestätigt:

Rechtsträger:

Für den Rechtsträger:

Titel:

Vorname, Nachname:

Funktion:

Antragsdatum:

Bitte fügen Sie dem Antrag folgende Dokumente bei:

- Bestätigung über die Absolvierung des Lehrpraxisleitseminars
- Schriftliches Ausbildungskonzept
- Nachweis über die Leistungszahlen in den beantragten Modulen
- Gegebenenfalls sonstige Beilagen