

Ausbildungsstätten Ärztegesetz 1998

Anerkennung Lehr(gruppen)praxen



Anerkennung als Ausbildungsstätte und Festsetzung von (weiteren) Ausbildungsstellen

Allgemeine Information

Antrag nach dem Ärztegesetz 1998 auf Anerkennung als Ausbildungsstätte und Festlegung von Ausbildungsstellen sowie Erweiterung um weitere Ausbildungsstellen

Empfangsstelle

Amt der NÖ Landesregierung
Abteilung Gesundheitsrecht
Landhausplatz 1, Haus 15b
3109 St. Pölten
E-Mail: post.gs4@noel.gv.at

Antragsteller/in

Anrede * Frau Herr

Titel vorgestellt _____

Vorname * _____

Familienname * _____

Titel nachgestellt _____

Geburtsdatum * _____

(Fach-)Arzt/Ärztin für * _____

Datum der Niederlassung _____

Bisherige/weitere freiberufliche Tätigkeit als Arzt/Ärztin im Ausbildungsfach (u.a. auch Vertretungen) *

_____ seit _____

_____ seit _____

_____ seit _____

Adresse der Ordination

Straße * _____

Hausnummer * _____ bis _____ Stiege _____ Tür _____

Postleitzahl * _____ Ort * _____

Kontaktdaten

Telefon * _____

E-Mail _____

Weitere Gesellschafter/innen einer Lehrgruppenpraxis

Stellvertretende/r Ausbildungsverantwortliche/r

Anrede Frau Herr

Titel vorgestellt _____

Vorname _____

Familienname _____

Titel nachgestellt _____

Geburtsdatum _____

(Fach-)Arzt/Ärztin für _____

Beschäftigungsausmaß in Wochenstunden _____

Weitere Gesellschafter/Gesellschafterinnen können dem Antrag in einer eigenen Tabelle übermittelt werden (jeweils mit Titel, Name, Fachgebiet, Beschäftigungsausmaß in Wochenstunden und Vorliegen der Nachweise eines/r Ausbildungsverantwortlichen)

Antrag

Antrag gemäß:

§ 12 Ärztegesetz 1998 iVm § 12 ÄAO 2015 (Lehrpraxis)

§ 12a Ärztegesetz 1998 iVm § 12 ÄAO 2015 (Lehrgruppenpraxis)

Antrag für die Ausbildung*:

Allgemeinmedizin

Fachgebiet: _____

Ausbildungsausmaß in Monaten: _____

Zahl der beantragten Stellen: _____

Facharzt/Fachärztin

Fachgebiet: _____

SFG – Sonderfach-Grundausbildung

Ausbildungsausmaß in Monaten (maximal 36): _____

Zahl der beantragten Stellen: _____

SFS – Sonderfach-Schwerpunktausbildung

Modul / Spezialgebiet / Teilgebiet: _____

Ausbildungsausmaß in Monaten: _____

Modul / Spezialgebiet / Teilgebiet: _____

Ausbildungsausmaß in Monaten: _____

Modul / Spezialgebiet / Teilgebiet: _____

Ausbildungsausmaß in Monaten: _____

Modul / Spezialgebiet / Teilgebiet: _____

Ausbildungsausmaß in Monaten: _____

Modul / Spezialgebiet / Teilgebiet: _____

Ausbildungsausmaß in Monaten: _____

Modul / Spezialgebiet / Teilgebiet: _____

Ausbildungsausmaß in Monaten: _____

Modul / Spezialgebiet / Teilgebiet: _____

Ausbildungsausmaß in Monaten: _____

Zahl der beantragten Stellen: _____

Erstmaliger Antrag oder Erweiterung einer bestehenden Ausbildungsstätte*:

Erstantrag

Erweiterung – Zuerkennungsdatum und Geschäftszahl bereits bestehender Bescheide:

Anzahl bereits bestehender Ausbildungsstellen: _____

Daten der Ausbildungsstätte

Art der Einrichtung*:

Lehrpraxis

Lehrgruppenpraxis

Name/Bezeichnung der (Gruppen-)Praxis*:

Ordinationszeiten*:

Montag	von:	bis:
Dienstag	von:	bis:
Mittwoch	von:	bis:
Donnerstag	von:	bis:
Freitag	von:	bis:

Wochenstunden in der Ordination*: _____

Weitere Angaben:

Bestätigung*:

Ich bestätige hiermit, dass in meiner Praxis eine Ausbildung im Rahmen eines Arbeitsverhältnisses erfolgt und eine Kernausbildungszeit von mindestens 30 Wochenstunden (bei einer Vollzeitausbildung) umfasst. Jedenfalls umfasst sind hierbei die Ordinationszeiten. Zu den 30 Wochenstunden gehören neben den Öffnungszeiten der Ordination u.a. auch die tägliche Vor- und Nacharbeit, Besuche von Pflegeheimen, Visiten, Totenbeschauen u.Ä..

Durchschnittliche Patienten-/Patientinnenfrequenz pro Quartal (im Jahresdurchschnitt)*:

Anzahl der Patienten: _____

Teilnahme an Disease Management Programm:

- Ja
 Nein

Bei Lehr(gruppen)praxen für Allgemeinmedizin: berücksichtigungswürdige Gründe für die Unterschreitung der erforderlichen Patienten-/Patientinnenfrequenz von über 800 Patienten pro Quartal:

Kassenvertrag*:

- Ja
 Nein

Kassenvertrag besteht mit: _____

Sonderverrechnungsbefugnisse (für Nicht-Vertragsärzte):

- Ja
 Nein

Nachweis des Leistungsspektrums bei Allgemeinmedizinern/ -medizinerinnen:

Es wird bestätigt, dass die Ordination über ein ausreichendes Leistungsspektrum verfügt, um den Turnusärztinnen/Turnusärzten die erforderlichen Kenntnisse, Erfahrungen und Fertigkeiten in den nachstehenden Fachgebieten in ambulanten Untersuchungen und Behandlungen zu vermitteln:

Fachgebiet Allgemeinmedizin

- Ja
 Nein

Fachgebiet Hals-, Nasen- und Ohrenheilkunde

- Ja
 Nein

Fachgebiet Haus- und Geschlechtskrankheiten

- Ja
 Nein

Es wird bestätigt, die Inhalte dieser Rasterzeugnisse detailliert zu kennen und diese im Rahmen der Lehrpraxis Allgemeinmedizin den Turnusärztinnen/den Turnusärzten vermitteln zu können.

- Ja
 Nein

Erfordernisse der Lehr(gruppen)praxis*

Weisen Sie zum Zeitpunkt der Antragstellung eine mindestens vierjährige Berufserfahrung als niedergelassene/r Arzt/Ärztin für Allgemeinmedizin oder niedergelassene/r oder freiberufliche/r Facharzt/Fachärztin im beantragten Ausbildungsfach auf?

- Ja
 Nein

Die Lehr(gruppen)praxis verfügt über eine räumliche Ausstattung, die einen ungestörten Kontakt der Turnusärztin/des Turnusarztes mit den Patientinnen/Patienten ermöglicht. Insbesondere ist auch ein eigener Untersuchungsraum für die Nutzung durch die Turnusärztin/den Turnusarzt vorhanden.

- Ja
 Nein

Die Lehr(gruppen)praxis weist die zur Erreichung des Ausbildungszieles erforderliche Ausstattung insbesondere auch in apparativer Hinsicht auf.

- Ja
 Nein

Die Lehr(gruppen)praxis gewährleistet, dass die dort erbrachten medizinischen Leistungen nach Inhalt und Umfang den Turnusärztinnen/Turnusärzten die erforderlichen Kenntnisse, Erfahrungen und Fertigkeiten in ambulanten Untersuchungen und Behandlungen vermitteln können.

- Ja
 Nein

Die Lehr(gruppen)praxis verfügt über eine adäquate EDV-Ausstattung.

- Ja
 Nein

Sofern ein Kassenvertrag besteht wird auch bestätigt, dass die EDV-Ausstattung gemäß den entsprechenden Gesamtverträgen gegeben ist.

- Ja
 Nein

Es werden die Grundsätze der ökonomischen Verschreibweise im Hinblick auf die Verordnung von Nachfolgeprodukten befolgt.

- Ja
- Nein

Wurde der Lehr(gruppen)praxis oder einer/einem der an der Ausbildung Beteiligten innerhalb der letzten 15 Jahre ein Einzelvertrag mit einem Sozialversicherungsträger gekündigt?

- Ja
- Nein

Liegt gegen die Lehr(gruppen)praxis oder einer/einem der an der Ausbildung Beteiligten eine höchstens 5 Jahre zurückliegende rechtskräftige Entscheidung zur Honorarrückzahlung vor?

- Ja
- Nein

Beilagen

Diese Beilagen sind dem Antrag beizulegen und mit zu übermitteln!

- Nachweis über das Vorliegen der erforderlichen räumlichen Ausstattung (z.B. durch Fotos oder Übermittlung eines Plans der Ordinationsräumlichkeiten)
 - Nachweis über die erforderliche apparative Ausstattung (z.B. durch Fotos oder eine Auflistung der zur Verfügung stehenden Geräte)
 - Bestätigung über Absolvierung des Lehr(gruppen)praxisleiter- / Lehr(gruppen)praxisleiterinnenseminars mit den vorgeschriebenen Inhalten gem. ÄrzteG 1998*
 - Gültiges Diplom über die ärztliche Fortbildung gem. §§ 49 iVm 117b Abs. 2 Z9 lit. a ÄrzteG 1998*
 - Nachweis über die bereits mindestens vierjährige Berufserfahrung als niedergelassene/r oder freiberufliche/r Arzt/Ärztin im Ausbildungsfach*
 - Ausbildungskonzept, das u.a. die Vermittlung der Lerninhalte gem. ÄrzteG 1998 zeitlich und inhaltlich strukturiert festlegt*
 - Nachweis des medizinischen Leistungsspektrums nach den Anlagen der KEF und RZ-Verordnung 2015 (= Leistungszahlen) *
 - Gegebenenfalls bereits vorliegende Anerkennungsbescheide
 - Gegebenenfalls Kooperationsvereinbarungen
 - Sonstige Nachweise, die ihrerseits beachtlich erscheinen:
-

Zustimmung

Ich stimme der elektronischen Kommunikation per E-Mail zu.

Allgemeine Hinweise

Datenschutz

Allgemeine Informationen nach Artikel 13 DSGVO

Gemäß Art. 13 der Datenschutz-Grundverordnung möchten wir Sie informieren, dass die von Ihnen bekannt gegebenen personenbezogenen Daten (elektronisch) verarbeitet werden. Detaillierte Informationen zur Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten, Ihren Rechten als betroffene Person einer Datenverarbeitung sowie zum Beschwerderecht bei der Datenschutzbehörde sind im Internet unter www.noeg.gv.at/datenschutz abrufbar.

Übermittlung

Bitte speichern Sie das ausgefüllte Formular lokal auf Ihrem Gerät ab und laden Sie dieses, wenn nötig unterschriebene, Formular über das [Online-Formular „Allgemeines Anbringen“](#) hoch.

Bitte laden Sie im Formular die erforderlichen Unterlagen hoch!

Erst bei Übermittlung des vollständig ausgefüllten Antrages und der notwendigen Antragsunterlagen kann eine weitere Bearbeitung Ihres Antrages erfolgen.

Bestätigung der Richtigkeit und Vollständigkeit der angegebenen Daten*

Anrede Frau Herr

Titel vorgestellt _____

Vorname _____

Familiename _____

Titel nachgestellt _____

Funktion _____

Datum _____

Unterschrift*

Datum, Unterschrift

(entfällt bei digitaler Signatur)