

## Meldung der Beendigung der ärztlichen Tätigkeit

(Bitte in Blockschrift ausfüllen)

HINWEIS: Felder, die mit der Ziffer „1“ gekennzeichnet sind, enthalten öffentliche Daten der Ärzteliste

### I. Angaben zur Person <sup>1</sup>

<b>Familienname:</b>	<b>Vorname:</b>									
<b>ÖÄK-ID:</b>										
<table border="1"><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td>-</td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table>		 	 	 	 	 	-	 	 	 
 	 	 	 	 	-	 	 	 		

Ich gebe hiermit die Beendigung meiner gesamten ärztlichen Tätigkeiten per \_\_\_\_\_ (Datum) bekannt.

### II. Angaben zu allfälligem Verbleib in der Ärzteliste

<b>Ich beantrage</b>
<input type="checkbox"/> mit dem Datum der Beendigung aus der Ärzteliste gestrichen zu werden (Verzicht)
<input type="checkbox"/> mit dem Datum der Beendigung als außerordentliches Kammermitglied der Ärztekammer für _____ geführt zu werden
<input type="checkbox"/> als ordentliches Kammermitglied in der Ärzteliste zu verbleiben, da ich folgenden Ausnahmetatbestand* erfülle: _____
<input type="checkbox"/> vorerst als ordentliches Kammermitglied in der Ärzteliste zu verbleiben (maximal 6 Monate)*

#### \*Hinweis:

Gemäß § 59 Abs 1 ÄrzteG 1998 erlischt die Berechtigung zur Ausübung des ärztlichen Berufes auf Grund einer länger als sechs Monate dauernden Einstellung der Berufsausübung, wobei

- eine krankheitsbedingte Nichtausübung
- ein Beschäftigungsverbot gemäß Mutterschutzgesetz
- eine Karenz gemäß Mutterschutzgesetz, Väter-Karenzgesetz oder anderer gleichartiger landes- oder bundesgesetzlicher Vorschriften
- Zeiten, in denen Leistungen gemäß Kinderbetreuungsgeldgesetz bezogen werden sowie
- auslandsbedingte Studienaufenthalte für die Dauer von maximal einem Jahr, in begründeten Ausnahmefällen von maximal zwei Jahren

keine Einstellung der Berufsausübung darstellen.

Ich bevollmächtige die Ärztekammer für Tirol meine Unterlagen an die Österreichische Ärztekammer weiterzuleiten. Diese Vollmacht gilt bis auf Widerruf. Die Vollmacht kann jederzeit schriftlich gegenüber dem Bevollmächtigten widerrufen werden.

Ich nehme zur Kenntnis, dass ich mit der Meldung der Beendigung der ärztlichen Tätigkeit ohne Verbleib in der Ärzteliste der Österreichischen Ärztekammer (Adresse: 1010 Wien, Weihburggasse 10-12) gemäß § 63 ÄrzteG 1998 den Ärzteausweis zurückzustellen habe.

Ich nehme zur Kenntnis, dass meine Angaben elektronisch verarbeitet werden. Dies gilt auch für alle zukünftigen Meldungen. Ich versichere, dass ich alle Angaben richtig und vollständig gemacht habe und nehme zur Kenntnis, dass wesentlich unrichtige Angaben rechtliche Konsequenzen nach sich ziehen.

---

Ort / Datum

---

Unterschrift der Ärztin/des Arztes

**Anlage:**

- Ärzteausweis