

**An die
Österreichische Ärztekammer
Weihburggasse 10-12
A-1010 Wien**
[im Wege der Landesärztekammer](#)

Gemeinsam mit dem Antrag auf Anrechnung
ausländischer Aus- und Weiterbildungszeiten
gemäß § 14 Ärztegesetz vorzulegen

www.aerztekammer.at, Link Arztinfo/Ausbildung/Ausbildung im Ausland-Anrechnung in Österreich

Evaluierung der ausländischen Ausbildungszeiten

**Dieser Evaluierungsbogen dient als Nachweis für Aus-/Weiterbildungen in Ländern,
in denen keine normierten landesspezifischen Zeugnisse Anwendung finden**

Persönliche Daten der Ärztin / des Arztes

Name

Vorname(n)

Akademischer Grad

Geburtsdatum

Staatsangehörigkeit

Promotions- /
Nostrifikationsdatum

Universität

[Bitte jede Seite des Formulars mit der Unterschrift des Ärztlichen Leiters und dem Stempel der Ausbildungsstätte bestätigen]

A) EVALUIERUNG DES KRANKENHAUSES

Name

Adresse

Telefon / Fax

Email

Website

Institution, der das Krankenhaus untersteht :

Name und Fachgebiet der/des Ärztlichen Leiterin/Leiters :

Welche Abteilungen gibt es ?

Gesamtzahl der Betten :

Ist das Krankenhaus zur Ausbildung von Ärzten berechtigt ? (Bitte Fächer angeben)

Ausbildungskrankenhaus seit : (dd.mm.yyyy)

[Bitte jede Seite des Formulars mit der Unterschrift des Ärztlichen Leiters und dem Stempel der Ausbildungsstätte bestätigen]

B) EVALUIERUNG DER ABTEILUNG

Bezeichnung der Abteilung :

Name und Fachgebiet des Abteilungsvorstandes :

Anzahl der Betten an der Abteilung :

| | | |
|-----------------|------|-------------------------|
| Ambulanz | ja | Patientenfrequenz / Tag |
| | nein | |

Personelle Ausstattung der Abteilung :

| | |
|------------|-----------------------------------|
| Gesamtzahl | berufsberechtigter Allgemeinärzte |
| | berufsberechtigter Fachärzte |
| | der in Ausbildung stehenden Ärzte |

Ausstattung der Abteilung :

Apparative Einrichtungen

Fachspezifisches Leistungsspektrum (diagnostische und therapeutische Möglichkeiten)

[Bitte jede Seite des Formulars mit der Unterschrift des Ärztlichen Leiters und dem Stempel der Ausbildungsstätte bestätigen]

C) ABSOLVIERTE AUSBILDUNG

Die Ärztin / Der Arzt

(bitte nochmals Namen einfügen)

war im Fach

VON (dd.mm.yyyy)

bis (dd.mm.yyyy),

als Turnusärztin / Turnusarzt (in Basisausbildung)

als Assistenzärztin / Assistenzarzt (in Facharztausbildung)

andere Tätigkeit (bitte anführen)

% klinisch

% nicht klinisch angestellt.

Beschäftigungsausmaß :

Stunden pro Woche

Durchschnittliche Anzahl der Nacht- / Wochenend- und Feiertagsdienste pro Monat :

Gesamtzahl an Urlaubs- / Krankenstandstagen im Ausbildungszeitraum :

Gesamtzahl an sonstigen Fehlzeiten :

Diese Ausbildungsstelle wurde refundiert durch :

die Krankenanstalt

eine staatliche Institution im Rahmen eines Stipendiums (bitte anführen)

anderes (bitte anführen)

[Bitte jede Seite des Formulars mit der Unterschrift des Ärztlichen Leiters und dem Stempel der Ausbildungsstätte bestätigen]

Detaillierte Tätigkeitsbeschreibung der Ärztin / des Arztes, der erworbenen Kenntnisse, Erfahrungen und Fertigkeiten (allenfalls ergänzt um OP-, Sonographie- oder andere fachrelevante Leistungszahlen) :

[Bitte jede Seite des Formulars mit der Unterschrift des Ärztlichen Leiters und dem Stempel der Ausbildungsstätte bestätigen]

Zusätzlich erworbene Qualifikationen, begleitende Kurse, fachspezifische Projekte oder wissenschaftliche Arbeiten :

Anmerkungen des für die Ausbildung Verantwortlichen :

Für die Richtigkeit der Angaben zeichnet verantwortlich :

Abteilungsleiter :

Name

(Ort, Datum, Unterschrift)

Ärztlicher Leiter der Ausbildungsstätte :

Name

(Ort, Datum, Unterschrift)

Stempel der Krankenanstalt / der ärztlichen Direktion

(Ort, Datum, Unterschrift)