

Ausbildungsstätten Ärztegesetz 1998

Anerkennung Spezialisierungsstätte



Anerkennung als Spezialisierungsstätte und Festsetzung von (weiteren) Spezialisierungsstellen

Allgemeine Information

Antrag nach dem Ärztegesetz 1998 auf Anerkennung als Spezialisierungsstätte oder Erweiterung um weitere Spezialisierungsstellen

Empfangsstelle

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

Antragsteller/in

Name / Bezeichnung des Trägers *

Adresse

Straße * _____
Hausnummer * _____ bis _____
Postleitzahl * _____ Ort * _____

Kontaktdaten

Ansprechperson * _____
Telefon * _____
E-Mail _____

Antrag

Antrag gemäß:

§ 11 Ärztegesetz 1998 iVm SpezialisierungsVO

Antrag für die Spezialisierung im Fach*:

Erstmaliger Antrag oder Erweiterung einer bestehenden Spezialisierungsstätte*:

Erstantrag

Erweiterung

Bescheid-Ausstellungsdatum: _____

Geschäftszahl: _____

Anerkennung der (neuen) Stelle(n) ab*:

(Hinweis: rückwirkend nur max. 1 Jahr ab Antragstellung möglich)

Anzahl der beantragten Spezialisierungsstellen*:

Ausbildungsausmaß in Monaten*:

Daten der Ausbildungsstätte/Ausbildungsverbundes

Ausbildungsstätten:

eine Ausbildungsstätte

mehrere Ausbildungsstätten – Anzahl: _____

Art der Einrichtung*:

Krankenanstalt

Sonderkrankenanstalt

Universitätsklinikum

medizinische Universität

Universität mit medizinischer Fakultät

Untersuchungsanstalt der Gesundheitsverwaltung

arbeitsmedizinisches Zentrum gemäß § 80 ASchG

Anstalt für die Unterbringung geistig abnormer/entwöhnungsbedürftiger Rechtsbrecher/innen

Krankenabteilung in Justizanstalt

Lehrambulatorium

Lehrpraxis

Lehrgruppenpraxis

Sonstige: _____

Krankenanstalten Nummer:

(wenn vorhanden mit führendem K anzugeben; online abrufbar unter:

<https://khstrukturdaten.goeg.at>)

Name/Bezeichnung der Einrichtung*:

Abteilung/Organisationseinheit*:

Adresse:

Straße * _____
Hausnummer * _____ bis _____
Postleitzahl * _____ Ort * _____

Spezialisierungsverantwortliche/r

Primäre/r Spezialisierungsverantwortliche/r:

Titel: _____

Vorname*: _____

Nachname*: _____

Funktion*: _____

Fachgebiet*: _____

Beschäftigungsausmaß*: _____ Stunden/Woche

Besteht bereits eine andere Stelle als Spezialisierungsverantwortliche/r?*

Ja

Nein

Wenn Ja:

Wo?

Beschäftigungsausmaß: _____ Stunden/Woche

Weitere Spezialisierungsverantwortliche bitte in einer eigenen Liste mit den relevanten Angaben (siehe oben) beilegen.

Fachärzte/Fachärztinnen*

Es ist eine gesonderte Liste mit allen an der Ausbildungsstätte tätigen Fachärzte/Fachärztinnen mit Spezialisierungsdiplom mit folgenden Angaben zu übermitteln: Anzahl; Name und Titel; Fachgebiet; Beschäftigungsausmaß (in Stunden); gibt es andere Stellen als Spezialisierungsverantwortliche/r – wenn ja, wo und mit welchem Beschäftigungsausmaß (in Stunden);

Anzahl der ausbildenden Ärzte/Ärztinnen gesamt: _____

Leistungsdokumentation*

Die Leistungsdokumentation des letzten vorliegenden Kalenderjahres ist zu übermitteln. In diese sind der Nachweis des erforderlichen Leistungsspektrums und die Leistungszahlen der zu vermittelnden medizinischen Leistungen einzutragen.

Abteilungsstruktur / strukturelle Gegebenheiten der Organisationseinheit*

Anzahl der Bettenstationen: _____

Bettenzahl: _____

Schwerpunkte: _____

Tagesklinik

Wochenklinik

Anzahl der ambulanten Patienten/Patientinnen pro Tag im Durchschnitt: _____

Anzahl der stationären Aufnahmen pro Tag im Durchschnitt: _____

Anzahl der durchschnittlichen Patientinnen-/Patientenfrequenz pro Quartal in einem Durchrechnungszeitraum von einem Jahr: _____

Weitere Angaben: _____

Es wird bestätigt, dass

(Bezeichnung der Ausbildungsstätte und Abteilung/Organisationseinheit)
über alle zur Erreichung des Ausbildungszieles erforderlichen fachlichen Einrichtungen und Geräte verfügt:

Ja

Nein

Beilagen

Liste der Fachärzte/Fachärztinnen mit Spezialisierungsdiplom*

Leistungsdokumentation*

Weiterbildungskonzept, das unter Darlegung der Einrichtungsstruktur und möglicher Rotationen die Vermittlung der Kenntnisse, Erfahrungen und Fertigkeiten zeitlich und inhaltlich strukturiert festlegt*

Nachweis des medizinischen Leistungsspektrums nach den Anlagen der KEF und RZ-Verordnung 2015 (Leistungszahlen)*

Bitte verwenden Sie hierzu die jeweils relevanten Anlagen der Anlagen der Spezialisierungsverordnung (SpezV). Diese sind auf der Homepage der Österreichischen Ärztekammer abrufbar.

Hinweis: das BMSGPK stellt auf Anfrage die abteilungs-/ organisationseinheitenbezogenen Daten zur Verfügung. Bitte wenden Sie sich dazu an

aerzteausbildung@gesundheitsministerium.gv.at unter Bezeichnung des relevanten Fachs.

Diese Daten werden aus datenschutzrechtlichen Gründen vonseiten des BMSGPK nur an die betroffene Einrichtung ausgegeben und können nicht direkt vonseiten des Landes Niederösterreich angefragt werden.

In den Daten nicht vorhandene, wesentliche Ergänzungen zu bestimmten Fertigkeiten sind vonseiten der Einrichtung vorzunehmen.

Die Darstellung des Leistungsspektrums muss nachvollziehbar und schlüssig sein. Inhalt und Umfang der medizinischen Leistungen müssen sich so darstellen, dass den Auszubildenden alle erforderlichen Kenntnisse, Erfahrungen und Fertigkeiten vermittelt werden.

- Gegebenenfalls bereits vorliegende Anerkennungsbescheide für die Spezialisierungsstätte
- Bei Vorliegen eines Spezialisierungsverbundes sind unterfertigte Bestätigungen von allen beteiligten Rechtsträgern beizulegen, die bekunden, dass diese mit dem Spezialisierungsverbund einverstanden sind. Diese haben jedenfalls den Namen/Bezeichnung, Vertretungsbefugte Person (inkl. Funktion), Adresse, Bestätigungsfloskel und Unterschrift zu enthalten.

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.noe.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*

Für den Rechtsträger (Stampiglie)

Anrede Frau Herr

Titel vorgestellt _____

Vorname _____

Familiename _____

Titel nachgestellt _____

Funktion _____

Datum _____

Unterschrift*

Datum, Unterschrift

(entfällt bei digitaler Signatur)