**Antrag auf Bewilligung einer Lehrpraxis im Fachgebiet Allgemeinmedizin (§ 12 ÄrzteG 1998)**

**Empfänger**

Amt der Salzburger Landesregierung
Abteilung 9 Gesundheit
Referat 9/01 - Gesundheitsrecht und Gesundheitsplanung
Postfach 527
5010 Salzburg

Mail: gesundheitsrecht@salzburg.gv.at

1. **Angaben zur Antragstellerin/zum Antragsteller**

Name: Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.

Geburtsdatum: Klicken oder tippen Sie, um ein Datum einzugeben.

Ärztin/Arzt für Allgemeinmedizin seit: Klicken oder tippen Sie, um ein Datum einzugeben.

Datum der Niederlassung seit: Klicken oder tippen Sie, um ein Datum einzugeben.

Ordinationsanschrift:

Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.

Weitere freiberufliche Tätigkeiten (u.a. Vertretungen):

Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.

Kontaktdaten:

Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.

1. **Ordinationsangaben**

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.

[ ]  bestätigen

In der Praxis werden mindestens 800 Patientinnen/Patienten pro Quartal in einem Durchrechnungszeitraum von einem Jahr behandelt.

[ ]  bestätigen

Wenn nein:

* Ich behandle jedenfalls 750 Patientinnen/Patienten pro Quartal in einem Durchrechnungszeitraum von einem Jahr?

[ ]  bestätigen

* Ich nehme am Disease Management Programm (DMP) teil?

[ ]  bestätigen

* Es gibt andere berücksichtigungswürdige Gründe für die Unterschreitung der Betreuung von zumindest 800 Patientinnen/Patienten pro Quartal:

Ich habe einen Kassenvertrag mit:

[ ]  § 2 Kassen

[ ]  BVAEB

[ ]  SVS

[ ]  andere SV

[ ]  Sonderverrechnungsbefugnisse für Nicht-Vertragsärzte

1. **Weitere Bewilligungskriterien**

Die Ordinationsstätte weist die zur Erreichung des Ausbildungszieles erforderliche Ausstattung insbesondere auch in apparativer Hinsicht auf.

[ ]  bestätigen

Ich weise zum Zeitpunkt der Antragstellung eine mindestens vierjährige Berufserfahrung als niedergelassene Ärztin/ niedergelassener Arzt für Allgemeinmedizin oder als freiberufliche Ärztin/freiberuflicher Arzt für Allgemeinmedizin auf?

[ ]  bestätigen

Ich habe ein von der Österreichischen Ärztekammer anerkanntes Lehrpraxisleiterseminar (inkl. E-Learning Module) absolviert?

[ ]  bestätigen

*Bitte übermitteln Sie die Nachweise.*

Ich verfüge über ein gültiges DFP-Diplom?

[ ]  bestätigen

*Bitte übermitteln Sie den Nachweis.*

Meine Ordination verfügt über die räumliche Ausstattung, die einen ungestörten Kontakt der Ausbildungsärztin/des Ausbildungsarztes mit den Patientinnen/Patienten ermöglicht. Insbesondere ist ein eigener Untersuchungsraum für die Ausbildungsärztin/den Ausbildungsarzt vorhanden.

[ ]  bestätigen

Ein schriftliches Ausbildungskonzept liegt vor.

[ ]  bestätigen

*Bitte übermitteln Sie das Ausbildungskonzept*.

Meine Ordination verfügt über eine adäquate EDV-Ausstattung.

[ ]  bestätigen

Sofern Sie Kassenärztin/Kassenarzt sind:

* Diese entspricht den gesamtvertraglichen Regelungen.

[ ]  bestätigen

Ich habe Kenntnisse über die Grundlagen der Gesundheitsökonomie?

[ ]  bestätigen

Ich befolge die Grundsätze der ökonomischen Verschreibweise im Hinblick

auf die Verordnung von Nachfolgeprodukten?

[ ]  bestätigen

Mir wurde innerhalb der letzten 15 Jahre ein Einzelvertrag mit einem Sozialversicherungsträger gekündigt.

[ ]  ja

[ ]  nein

Gegen mich liegt eine höchstens 5 Jahre zurückliegende rechtskräftige Entscheidung

zur Honorarrückzahlung vor?

[ ]  ja

[ ]  nein

Ich bestätige die Vermittelbarkeit der Inhalte folgender Rasterzeugnisse:

1. Fachgebiet Allgemeinmedizin

 [ ]  bestätigen

1. Fachgebiet HNO

 [ ]  bestätigen

1. Fachgebiet Haut

 [ ]  bestätigen

Hiermit bestätige ich die Richtigkeit meiner Angaben.