

An die  
Tirol Kliniken GmbH  
Zentrum für ärztliche Ausbildung  
6020 Innsbruck · Innrain 98  
E-Mail [medizin@azw.ac.at](mailto:medizin@azw.ac.at)

# Meldung

einer Ärztin/ eines Arztes in Sonderfachausbildung (ÄAO 2015) für eine Rotation gemäß eines bestehenden Kooperationsvertrages an das A. ö. Landeskrankenhaus – Universitätskliniken Innsbruck

## Entsendendes Krankenhaus/ Universitätsklinik/ Abteilung

### Ärztin/ Arzt in Ausbildung

Vorname \_\_\_\_\_ Nachname \_\_\_\_\_ Geburtsdatum \_\_\_\_\_  
Personalnummer (falls bekannt) \_\_\_\_\_ befindet sich in der Ausbildung zu/ angestrebtes Sonderfach \_\_\_\_\_

### Gewünschter Ausbildungsabschnitt gemäß Kooperationsvereinbarung in der

Sonderfach-Grundausbildung  Sonderfach-Schwerpunktausbildung

### Angabe des gewünschten Teils (Moduls) \_\_\_\_\_

oder Kooperationsvertrag im Anhang

Umfang in Wochen/ Monaten \_\_\_\_\_ Zeitraum von – bis \_\_\_\_\_

Beschäftigungsausmaß in % \_\_\_\_\_ ASV-Tool – gemeldete Stunden \_\_\_\_\_

### Bisher absolvierte Ausbildungszeiten (nur abgeschlossene Ausbildungsabschnitte BA/ SFG)

|                            | Umfang   |
|----------------------------|----------|
| Basisausbildung            | 9 Monate |
| Sonderfach-Grundausbildung |          |

### Die entsandte Ärztin/ Der entsandte Arzt in Ausbildung verfügt über

einen aufrechten, bis \_\_\_\_\_ befristeten Dienstvertrag  
 Sonstiges  
 mit der Tirol Kliniken GmbH  mit der Medizinischen Universität Innsbruck

\_\_\_\_\_  
Ausbildungsverantwortliche/r  
Datum, Name in Blockbuchstaben und Unterschrift  
Stempel der Klinik

\_\_\_\_\_  
Ausbildungsärztin/ -arzt  
Datum, Name in Blockbuchstaben und Unterschrift

---

Name der Ausbildungsärztin/ des Ausbildungsarztes

## Rotationsklinik

---

Die/ Der Ausbildungsverantwortliche bestätigt, dass im

gewünschten Zeitraum von \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_ eine Aufnahme möglich ist.

Bei fachigenen Kooperationen: Die Ausbildungsparität ist für den gewünschten Ausbildungsabschnitt (Modul) gewährleistet.

Parität gegeben  ja  nein

Ausbildungsinhalte erfüllbar  ja  nein

---

Datum

Ausbildungsverantwortliche/r Name in Blockbuchstaben und Unterschrift

Stempel der Klinik

## Zentrum für ärztliche Ausbildung (ZÄA)

Für den gewünschten Ausbildungsabschnitt besteht ein aufrechter Kooperationsvertrag  ja  nein

### Bitte beachten

Standesmeldung:  bleibt auf der Stammklinik gemeldet (unter 6 Wo, fachfremd)  
 ist an der Rotationsklinik zu melden

ASV-Tool:  bleibt an der Ausbildungsstelle der Stammklinik gemeldet (unter 6 Wo, fachfremd)  
 ist an der Rotationsklinik auf einer Ausbildungsstelle zu melden

---

Datum

Name in Blockbuchstaben und Unterschrift

Stempel ZÄA

### Verteiler

- Ausbildungsverantwortliche/r entsendende und empfangende Klinik/ Abteilung
- Ausbildungsärztin/ -arzt
- Sekretariate entsendende und empfangende Klinik/ Abteilung
- Personalabteilungen entsendende und empfangende Klinik/ Abteilung
- Zeitwirtschaft
- ZÄA