

Was wollte ich werden?

Bitte unterstützen Sie uns!

Welches medizinische Fach wollten Sie nach der Promotion zum Doktor der gesamten Heilkunde ergreifen ("Wunschfach")?

- Facharzt für (bitte Fachrichtung einsetzen)
- Arzt für Allgemeinmedizin

Welche Fachrichtung üben Sie heute aus?

- Facharzt für
- Arzt für Allgemeinmedizin

Haben Sie zusätzlich eine andere Ausbildung

A. angefangen?

- Facharzt für
- Arzt für Allgemeinmedizin

B. abgeschlossen?

- Facharzt für
- Arzt für Allgemeinmedizin

Wie viele anrechenbare Ausbildungsmonate haben Sie zurückgelegt, die über die vorgeschriebene Ausbildungszeit ihres heute ausgeübten Faches (FA, AFA) hinausgehen?

- keine
- Anzahl der Monate.....

Glauben Sie, dass Sie in einem anderen Fach eine größere Berufszufriedenheit hätten?

- Ja
- Nein

Falls Sie nicht die Möglichkeit hatten, ihr ärztliches "Wunschfach" zu ergreifen, was war ihrer Meinung nach der Grund dafür?

- Mein Wunschfach wurde mir nicht angeboten.
- Ein anderes Fach wurde mir angeboten. Ich ergriff diese Möglichkeit.
- Nach dem Turnus zum Allgemeinarzt wurde mein Vertrag nicht verlängert.
- Ich hatte aufgrund meines Kindes/meiner Kinder einen Wettbewerbsnachteil.
- Die Wartezeit auf mein "Wunschfach" war mir zu lange oder zu unsicher.
- anderer Grund:

Zu Ihrer Person

- | | | | |
|--------------------------|--|--|----------------------------------|
| Altersgruppe: | <input type="checkbox"/> bis 35 | <input type="checkbox"/> 36.-55. Lj. | <input type="checkbox"/> über 55 |
| Geschlecht: | <input type="checkbox"/> männlich | <input type="checkbox"/> weiblich | |
| Staatsbürgerschaft | | | |
| zum Zeitpkt. der Geburt: | <input type="checkbox"/> Österreicher | <input type="checkbox"/> andere Nationalität | |
| Anzahl der Kinder: | <input type="checkbox"/> keines | <input type="checkbox"/> eines | <input type="checkbox"/> mehrere |
| überwiegend tätig als: | <input type="checkbox"/> niedergelassener Arzt | <input type="checkbox"/> angestellter Arzt | |

oder einsenden an

Institut für mediz. Aus- u. Weiterbildung
c/o Dr. Spiegel, Thaliastraße 102, 1160

Bitte per FAX an: 01 486 98 00
Wien