

Ausstellender Arzt:

Ärztliches Attest

Zur Vorlage bei der zuständigen Registrierungsbehörde gem. Gesundheitsberuferegister-Gesetz, BGBl. I Nr. 120/2016 zuletzt geändert durch BGBl. I Nr. 54/2017. Nähere Informationen finden Sie unter www.gesundheit.gv.at. Dieses Attest ist drei Monate ab Ausstellung gültig.

Vor- und Familienname: _____

Geburtsdatum: _____

Zweck der Untersuchung:

Eintragung in das Gesundheitsberuferegister gem. § 15 GBRG.

**Es wird hiermit bestätigt, dass Frau/Herr _____
die für die Eintragung in das Gesundheitsberuferegister als *)**

<input type="checkbox"/>	Biomedizinische Analytikerin/ Biomedizinischer Analytiker
<input type="checkbox"/>	Diätologin/ Diätologe
<input type="checkbox"/>	Diplomierte Gesundheits- und Krankenpflegerin/ Diplomierter Gesundheits- und Krankenpfleger
<input type="checkbox"/>	Ergotherapeutin/ Ergotherapeut
<input type="checkbox"/>	Logopädin/ Logopäde
<input type="checkbox"/>	Orthoptistin/ Orthoptist
<input type="checkbox"/>	Pflegeassistentin/ Pflegeassistent
<input type="checkbox"/>	Pflegefachassistentin /Pflegefachassistent
<input type="checkbox"/>	Physiotherapeutin/ Physiotherapeut
<input type="checkbox"/>	Radiologietechnologin/ Radiologietechnologe

erforderliche gesundheitliche Eignung besitzt.

*) bitte Zutreffendes ankreuzen

Ort / Datum

Unterschrift und Stampiglie der Ärztin/
des Arztes für Allgemeinmedizin oder der
Fachärztin/ des Facharzt für Inneres.

