



= verpflichtende Daten für vollständigen Antrag = öffentliche Daten * sofern anwendbar
Detaillierte Informationen entnehmen Sie bitte dem Beiblatt Ausfüllhilfe.

1 Ich stelle den Antrag auf Eintragung in das Gesundheitsberuferegister als

Sie können den Antrag jeweils nur für einen Beruf stellen.

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

Ich war am 1. Juli 2018 bereits in diesem Gesundheitsberuf tätig.

Ja Nein

Eintragungsnummer, sofern bereits vorhanden

2 Antragsteller/-in

Geschlecht weiblich männlich

Vorname(n)

Familienname(n)

akademische(r) Grad(e) vor dem Namen

akademische(r) Grad(e) nach dem Namen

Geburtsdatum (TT.MM.JJJJ)

Geburtsname *

Geburtsort

Geburtsland

Staatsangehörigkeit

Persönliche Kontaktdaten für die Behördenkommunikation

Telefonnummer

E-Mail *

Ich stimme der vorwiegend elektronischen Korrespondenz zu.

3 Freiwillige Angaben für das öffentliche Register (wenn Sie diese veröffentlichen wollen)

Telefonnummer

E-Mail

Webadresse

Fremdsprachenkenntnisse

4 Adresse (Hauptwohnsitz)

Staat

Postleitzahl Ort

Straße

Hausnummer Stiege/Tür*

5 Zustelladresse in Österreich

c/o Firma/Organisation

Postleitzahl Ort

Straße

Hausnummer

Stiege/Tür*

Zustellungsbevollmächtigte(r) in Österreich (bitte Zustellungsvollmacht beilegen und Adresse des/der Zustellungsbevollmächtigten bei Zustelladresse eintragen), **sofern keine eigene Zustelladresse in Österreich** ^{V*}

Vorname(n)

Familienname(n)

6 Angaben zur Berufsausübung ^{V O} (siehe Erläuterungen)

Wie üben Sie Ihren Beruf aus?

angestellt

freiberuflich

beides

wenn beides, wie überwiegend?

angestellt

freiberuflich

Sonstiges, (z. B. AbsolventInnen, arbeitssuchend, ehrenamtlich, ist nicht gemeinsam mit angestellt/freiberuflich möglich)

7 Arbeitgeber und Dienstort (sofern zutreffend, Mehrfachnennung möglich)

Arbeitgeber 1: Name des Arbeitgebers ^V

Postleitzahl ^V Ort ^V

Straße ^V

Hausnummer ^V

Stiege/Tür*

Telefonnummer

E-Mail (allgemein, z. B. post@...; office@...)

Dienstort 1* (wenn abweichend vom Arbeitgeber)

Name der Einrichtung ^V

Postleitzahl ^V Ort ^V

Straße ^V

Hausnummer ^V

Stiege/Tür*

Telefonnummer

E-Mail (allgemein, z. B. post@...; office@...)

Bitte kreuzen Sie an, wo Sie Ihre Tätigkeit ausüben ^V

Krankenhaus

ärztliche Gruppenpraxis

Blutspendeeinrichtung

Kuranstalt und Rehabilitationseinrichtungen

Ambulatorium

Straf- und Maßnahmenvollzugsanstalt (inkl. Justizbetreuungsagentur)

stationäre Pflegeeinrichtung/Tageszentrum

Primärversorgungseinheit

Ausbildungseinrichtung

mobile Dienste

zahnärztliche Gruppenpraxis

Forschungseinrichtung

Behindertenbetreuungseinrichtung

Gewebebank/
Gewebentahmeseinrichtung

Rettungsdienst

angestellt bei Angehörigen freiberuflich tätiger/ niedergelassener Gesundheitsberufe:

Ärztin/Arzt (Arztpraxis)

Diplomierte Gesundheits- und Krankenpflegerin/Diplomierter Gesundheits- und Krankenpfleger

Orthoptistin / Orthoptist

Biomedizinische Analytikerin/
Biomedizinischer Analytiker

Ergotherapeutin/Ergotherapeut

Physiotherapeutin/Physiotherapeut

Diätologin/Diätologe

Logopädin/Logopäde

Radiologietechnologin/Radiologietechnologe

Zahnärztin/Zahnarzt (Zahnarztpraxis)

Sonstiges (Industrie, ...)

Arbeitgeber 2*: Name des Arbeitgebers

Postleitzahl Ort

Straße

Hausnummer Stiege/Tür*

Telefonnummer

E-Mail (allgemein, z. B. post@...; office@...)

Dienstort 2* (wenn abweichend vom Arbeitgeber)

Name der Einrichtung

Postleitzahl Ort

Straße

Hausnummer Stiege/Tür*

Telefonnummer

E-Mail (allgemein, z. B. post@...; office@...)

Bitte kreuzen Sie an, wo Sie Ihre Tätigkeit ausüben

- | | | |
|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> Krankenhaus | <input type="checkbox"/> ärztliche Gruppenpraxis | <input type="checkbox"/> Blutspendeeinrichtung |
| <input type="checkbox"/> Kuranstalt und Rehabilitationseinrichtungen | <input type="checkbox"/> Ambulatorium | <input type="checkbox"/> Straf- und Maßnahmenvollzugsanstalt (inkl. Justizbetreuungsagentur) |
| <input type="checkbox"/> stationäre Pflegeeinrichtung/Tageszentrum | <input type="checkbox"/> Primärversorgungseinheit | <input type="checkbox"/> Ausbildungseinrichtung |
| <input type="checkbox"/> mobile Dienste | <input type="checkbox"/> zahnärztliche Gruppenpraxis | <input type="checkbox"/> Forschungseinrichtung |
| <input type="checkbox"/> Behindertenbetreuungseinrichtung | <input type="checkbox"/> Gewebebank/
Gewebeentnahmeeinrichtung | <input type="checkbox"/> Rettungsdienst |
| <input type="checkbox"/> angestellt bei Angehörigen freiberuflich tätiger/ niedergelassener Gesundheitsberufe: | | |
| <input type="checkbox"/> Ärztin/Arzt (Arztpraxis) | <input type="checkbox"/> Diplomierte Gesundheits- und Krankenpflegerin/Diplomierter Gesundheits- und Krankenpfleger | <input type="checkbox"/> Orthoptistin / Orthoptist |
| <input type="checkbox"/> Biomedizinische Analytikerin/
Biomedizinischer Analytiker | <input type="checkbox"/> Ergotherapeutin/Ergotherapeut | <input type="checkbox"/> Physiotherapeutin/Physiotherapeut |
| <input type="checkbox"/> Diätologin/Diätologe | <input type="checkbox"/> Logopädin/Logopäde | <input type="checkbox"/> Radiologietechnologin/Radiologietechnologe |
| <input type="checkbox"/> Sonstiges (Industrie, ...) | | <input type="checkbox"/> Zahnärztin/Zahnarzt (Zahnarztpraxis) |

8 Berufssitz bei freiberuflicher Berufsausübung

Angaben zum Berufssitz (1)*

Postleitzahl Ort

Straße

Hausnummer Stiege/Tür*

Angaben zum Berufssitz (2)*

Postleitzahl Ort

Straße

Hausnummer Stiege/Tür*

Verträge mit Sozialversicherungen und Krankenfürsorgeanstalten

9 Angaben zu Ihrer Qualifikation ^v

Art des Abschlusses

Ort der Ausstellung

Datum der Ausstellung (TT.MM.JJJJ)

ausstellende Institution

Staat der beruflichen Erstqualifikation

Berufsanerkennung mit Auflagen*

Ja

Nein

partielle Berufsanerkennung laut Anerkennungsbescheid (bitte anführen)

10 Welche freiwilligen Daten möchten Sie eintragen? (wenn Sie diese veröffentlichen wollen) ^o

Weitere Ausbildung

1.

2.

Spezialisierung/Sonderausbildung

1.

3.

2.

4.

Weiterbildung

1.

3.

2.

4.

Fortbildung

1.

3.

2.

4.

Zielgruppen (max. 4)

1.

3.

2.

4.

11 Die Datenverarbeitung erfolgt auf Grundlage des Gesundheitsberuferegister-Gesetzes und unter Berücksichtigung der geltenden datenschutzrechtlichen Bestimmungen.

Ich erkläre mit meiner Unterschrift, dass ich die Angaben wahrheitsgemäß und vollständig getätigt habe.

Ort, Datum ^v

Unterschrift ^v

12 Bei der Antragstellung sind folgende Unterlagen vorzulegen:

Identitätsnachweis: Reisepass, Personalausweis oder Führerschein

Staatsangehörigkeit: Reisepass, Personalausweis
oder Staatsbürgerschaftsnachweis

Ausbildungsabschluss/Qualifikationsnachweis(e):

Zeugnis, Diplom, Anerkennungs- oder Nostrifikationsbescheid
oder FH-Bachelorurkunde

Gesundheitliche Eignung: ärztliches Zeugnis

Vertrauenswürdigkeit: Beiblatt, Strafregisterbescheinigung(en)

Foto

Unterschriftsblatt

Wenn erforderlich auch:

Zustellbevollmächtigte/r: Zustellvollmacht

Akademische Grade: Verleihungsurkunde

Bei Namensänderung(en) seit Erhalt des Abschlusses:

Heiratsurkunde, Scheidungsurkunde oder Nachweis freiwillige
Namensänderungen etc.

Allfälliger Nachweis über die Kenntnis der deutschen Sprache

Sonderausbildungen bzw. Spezialisierungen:

Ausbildungsnachweis(e)