



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

### 1 Ich stelle den Antrag auf Eintragung in das Gesundheitsberuferegister als v ö

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<br>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  v  ö  weiblich  männlich

Vorname(n)  v  ö

Familienname(n)  v  ö

akademische(r) Grad(e) vor dem Namen  ö

akademische(r) Grad(e) nach dem Namen  ö

Geburtsdatum (TT.MM.JJJJ)  v

Geburtsname  v \*

Geburtsort  v

Geburtsland  v

Staatsangehörigkeit  v

#### Persönliche Kontaktdaten für die Behördenkommunikation

Telefonnummer  v

E-Mail  v \*

Ich stimme der vorwiegend elektronischen Korrespondenz zu.

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

Telefonnummer  ö

E-Mail  ö

Webadresse  ö

Fremdsprachenkenntnisse  ö





### 4 Adresse (Hauptwohnsitz)

Staat  v

Postleitzahl  v Ort  v



Straße  v

Hausnummer  v Stiege/Tür\*  v

## 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** <sup>V\*</sup>

Vorname(n)

Familienname(n)

## 6 Angaben zur Berufsausübung <sup>V O</sup> (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 <sup>V</sup>

Postleitzahl <sup>V</sup> Ort <sup>V</sup>

Straße <sup>V</sup>

Hausnummer <sup>V</sup>

Stiege/Tür\*

Telefonnummer

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

**Dienstort 1\*** (wenn abweichend vom Arbeitgeber)

Name der Einrichtung <sup>V</sup>

Postleitzahl <sup>V</sup> Ort <sup>V</sup>

Straße <sup>V</sup>

Hausnummer <sup>V</sup>

Stiege/Tür\*

Telefonnummer

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

**Bitte kreuzen Sie an, wo Sie Ihre Tätigkeit ausüben <sup>V</sup>**

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/  
Gewebeentnahmeeinrichtung

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"/> Krankenanstalt  | <input type="checkbox"/> ärztliche Gruppenpraxis  | <input type="checkbox"/> Blutspendeinrichtung  |
| <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/<br>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/<br>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 <sup>v</sup>

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) <sup>o</sup>

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, dass ich die in diesem Antragsformular enthaltenen Angaben wahrheitsgemäß und vollständig getätigt habe. <sup>v</sup>

Ort, Datum <sup>v</sup>

Unterschrift <sup>v</sup>

**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

**Foto**

**Unterschriftsblatt**

**Wenn erforderlich auch:**

**Zustellbevollmächtigte/r:** Zustellvollmacht

**Vertrauenswürdigkeit:** Beiblatt, Strafregisterbescheinigung(en)

**Gesundheitliche Eignung:** ärztliches Zeugnis

**Akademische Grade:** Reisepass (u. ä.)  
oder Bescheid mit akademischem Grad

**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)