

Antrag auf Eintragung in das GBR - MTD



GESUNDHEITSBERUFE REGISTER

☒ = 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.

- | | |
|---|---|
| ☐ Biomedizinische Analytikerin – Biomedizinischer Analytiker | ☐ Orthoptistin – Orthoptist |
| ☐ Diätologin – Diätologe | ☐ Pflegeassistentin – Pflegeassistent |
| ☐ Diplomierte Gesundheits- und Krankenpflegerin – Diplomierter Gesundheits- und Krankenpfleger | ☐ Pflegefachassistentin – Pflegefachassistent |
| ☐ Ergotherapeutin – Ergotherapeut | ☐ Physiotherapeutin – Physiotherapeut |
| ☐ Logopädin – Logopäde | ☐ 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 O}*

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

☐ Krankenanstalt

☐ 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 

- | | | |
|--|---|--|
| ☐ 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 |
| ☐ Sonstiges (Industrie, ...) | | ☐ 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.

Fortbildung/Weiterbildung

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. ^v

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

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)