

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.

- | | |
|-------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Biomedizinische Analytikerin – Biomedizinischer Analytiker | <input type="checkbox"/> Orthoptistin – Orthoptist |
| <input type="checkbox"/> Diätologin – Diätologe | <input type="checkbox"/> Physiotherapeutin – Physiotherapeut |
| <input type="checkbox"/> Ergotherapeutin – Ergotherapeut | <input type="checkbox"/> Radiologietechnologin – Radiologietechnologe |
| <input type="checkbox"/> Logopädin – Logopäde | |

2 Antragsteller/-in

Geschlecht weiblich männlich divers

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 Adresse (Hauptwohnsitz)

Staat

Postleitzahl Ort

Straße

Hausnummer Stiege/Tür*

4 Zustelladresse in Österreich (Sofern kein Hauptwohnsitz in Österreich oder abweichende Zustelladresse)

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** *

Vorname(n)

Familienname(n)

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

Telefonnummer

E-Mail

Webadresse

Fremdsprachenkenntnisse

1.

2.

3.

4.

6 Angaben zu Ihrer Qualifikation

Art des Nachweises

Ort der Ausstellung

Datum der Ausstellung (TT.MM.JJJJ)

ausstellende Institution

Staat der beruflichen Erstqualifikation

partielle Berufsankennung laut Anerkennungsbescheid (bitte anführen)

7 Welche freiwilligen Daten möchten Sie eintragen? (wenn Sie diese veröffentlichen wollen)

Sozialbetreuungsberufe

Weitere Ausbildung

1.

2.

Sonderausbildung (bitte Nachweis beilegen)

1.

2.

3.

Fortbildung/Weiterbildung

1.

2.

3.

4.

5.

6.

Zielgruppen

1.

2.

3.

4.

8 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.

Ort, Datum

Unterschrift

9 Bei der Antragstellung sind folgende Unterlagen im Original vorzulegen:

Identitätsnachweis: Reisepass oder Personalausweis

Staatsangehörigkeit: Reisepass oder Personalausweis

Ausbildungsabschluss/Qualifikationsnachweis(e):
Zeugnis, Diplom, Anerkennungs- oder Nostrifikationsbescheid oder FH-Bachelorurkunde

Vertrauenswürdigkeit: Strafregisterbescheinigung und Beiblatt

Gesundheitliche Eignung: ärztliches Zeugnis

Allfälliger Nachweis über die Kenntnis der deutschen Sprache

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.

Sonderausbildungen bzw. Spezialisierungen: Ausbildungsnachweis(e)