

Ärztliches Attest

Zur Vorlage bei der zuständigen Registrierungsbehörde gem. Gesundheitsberuferegister-Gesetz, BGBl. I Nr. 120/2016 zuletzt geändert durch BGBl. I Nr. 82/2022. 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 die oben genannte Person 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
<input type="checkbox"/>	Diplomierte Operationstechnische Assistentin / Diplomierter Operationstechnischer Assistent

erforderliche gesundheitliche Eignung besitzt.

*) bitte Zutreffendes ankreuzen

Ort / Datum

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

