

# Antrag auf Eintragung in das GBR – DGKP



## 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 Diplomierte Gesundheits- und Krankenpflegerin – Diplomierter Gesundheits- und Krankenpfleger

#### 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.

### 2 Adresse (Hauptwohnsitz)

Staat

Postleitzahl  Ort

Straße

Hausnummer  Stiege/Tür\*

### 3 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)

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

Telefonnummer

E-Mail

Webadresse

Fremdsprachenkenntnisse

1.

2.

3.

4.

#### 5 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)

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

Sozialbetreuungsberufe

Weitere Ausbildung

1.

2.

Spezialisierung/Sonderausbildung (bitte Nachweis beilegen)

1.

2.

3.

Weiterbildung

1.

2.

3.

Fortbildung

1.

2.

3.

Zielgruppen

1.

2.

3.

4.

7 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

#### 8 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)