

Ärztliches Attest

Medical Certificate



GESUNDHEITSBERUFE REGISTER

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.

For submission to the competent registration authority according to the Health Professions Register Act, BGBl. I Nr. 120/2016, last amended by BGBl. I Nr. 82/2022. Further information can be found at www.gesundheit.gv.at. This certificate is valid for three months from the date of issue.

Vor- und Familienname · *First and Last Name*

Geburtsdatum · *Date of Birth*

Zweck der Untersuchung: Eintragung in das Gesundheitsberuferegister gem. § 15 GBRG

Purpose of Examination: Registration in the Health Professions Register according to § 15 GBRG.

Es wird hiermit bestätigt, dass die oben genannte Person die für die Eintragung in das Gesundheitsberuferegister als*

It is hereby confirmed that the above-mentioned individual meets the required health suitability for registration in the Health Professions Register as*

- Biomedizinische Analytikerin / Biomedizinischer Analytiker · *Biomedical Analyst*
- Diätologin / Diätologe · *Dietician*
- Diplomierte Gesundheits- und Krankenpflegerin / Diplomierter Gesundheits- und Krankenpfleger · *Registered Nurse*
- Ergotherapeutin / Ergotherapeut · *Occupational Therapist*
- Logopädin / Logopäde · *Speech Therapist*
- Orthoptistin / Orthoptist · *Orthoptist*
- Pflegeassistentin / Pflegeassistent / Pflegefachassistentin / Pflegefachassistent · *Assistant Nurse*
- Physiotherapeutin / Physiotherapeut · *Physiotherapist*
- Radiologietechnologin / Radiologietechnologe · *Radiology Technician*
- Diplomierte Operationstechnische Assistentin / Diplomierter Operationstechnischer Assistent · *Surgical Technical Assistance*

erforderliche gesundheitliche Eignung besitzt.

* Bitte Zutreffendes ankreuzen · *Please tick the appropriate box*

Ort, Datum · *Place / Date*

Unterschrift und Stempiglie der Ärztin / des Arztes für Allgemeinmedizin oder der Fachärztin / des Facharztes für Inneres · *Signature and Stamp of the General Practitioner or Specialist in Internal Medicine*