

# 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](http://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