

# 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

**Pohlavie** Geschlecht   weiblich  männlich  divers

Vorname(n)

Familienname(n)

Krstné meno

Priezvisko

akademische(r) Grad(e) vor dem Namen

akademische(r) Grad(e) nach dem Namen

Geburtsdatum (TT.MM.JJJJ)

Titul pred menom

Titul za menom

Dátum narodenia

Geburtsname  \*

Geburtsort

Geburtsland

Staatsangehörigkeit

Rodné priezvisko

Miesto narodenia

Slowakische Republik/Tschechische Republik

Slowakisch/Tschechisch

#### Persönliche Kontaktdaten für die Behördenkommunikation

Telefonnummer

E-Mail

Vaše telefónne číslo

Vaša e-mailová adresa

Ich stimme der vorwiegend elektronischen Korrespondenz zu.  
Súhlasím s elektronickou korešpondenciou.

### 2 Adresse (Hauptwohnsitz) Adresa trvalého bydliska

Staat

Postleitzahl  Ort

Slowakische Republik/Tschechische Republik

PSČ

Mesto

Straße

Hausnummer  Stiege/Tür\*

Ulica

Číslo

### 3 Zustelladresse in Österreich (Sofern kein Hauptwohnsitz in Österreich oder abweichende Zustelladresse)

c/o Firma/Organisation

Postleitzahl

Ort

HCMS s.r.o.

1010

Wien

Straße

Hausnummer

Stiege/Tür\*

Kohlmarkt

8-10

**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)

Voliteľné údaje, ktoré si želáte mať uverejnené vo verejnom registri GBR (vyplnenie nie je povinné)

Telefonnummer

E-Mail

Webadresse

Vaše telefónne číslo

Vaša e-mailová adresa

Vaša webová adresa

Fremdsprachenkenntnisse  Uvedte cudzie jazyky, ktoré ovládate

1.

2.

3.

4.

#### 5 Angaben zu Ihrer Qualifikation

Art des Nachweises

Ort der Ausstellung

Datum der Ausstellung (TT.MM.JJJJ)

Wien

Dátum vydania Bescheid-u

ausstellende Institution

Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz

Staat der beruflichen Erstqualifikation

partielle Berufsankennung laut Anerkennungsbescheid (bitte anführen)

Slowakische Republik/Tschechische Republik

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

Z nasledujúcich voliteľných možností zvolte tie, ktoré si želáte mať uverejnené vo verejnom registri GBR ((len s vydaním potvrdením) vyplnenie nie je povinné)

Sozialbetreuungsberufe

Weitere Ausbildung

1.  Len v prípade, ak máte ukončené vzdelanie v odbore „Sociálna práca“

2.  Len v prípade, ak máte ukončené vzdelanie v odbore „Sociálna práca“

Spezialisierung/Sonderausbildung (bitte Nachweis beilegen)  V interaktívnom formulári, prosím, zvolte Vašu špecializáciu a pod.

1.

2.

3.

Weiterbildung  V interaktívnom formulári, prosím, zvolte Vaše školenia a pod.

1.

2.

3.

Fortbildung  Iné absolvované školenia a pod.

1.

2.

3.

Zielgruppen  V interaktívnom formulári, prosím, zvolte Vaše školenia a pod.

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.

Týmto podpisom potvrdzujem, že sú všetky uvedené údaje pravdivé.

Miesto, Dátum

Váš podpis

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)