

Lekárske potvrdenie

Slúži na predloženie zodpovednému registračnému orgánu v súlade so zákonom o Registri zdravotníckych povolání, BGBl. č. 120/2016 naposledy zmenené v BGBl. č. 82/2022. Ďalšie informácie nájdete na www.gesundheit.gv.at. Toto potvrdenie je platné tri mesiace od vydania.

Krstné meno a priezvisko: _____

Dátum narodenia: _____

Účel vyšetrenia:

Zápis do Registra zdravotníckych povolání v súlade s § 15 GBRG.

Týmto sa potvrdzuje, že vyššie menovaná osoba pre účely zápisu do Registra zdravotníckych povolání ako *)

<input type="checkbox"/>	Biomedicínska analytička/Biomedicínsky analytik
<input type="checkbox"/>	Dietologička/Dietológ
<input type="checkbox"/>	Zdravotná sestra (DGKP)
<input type="checkbox"/>	Ergoterapeutička/Ergoterapeut
<input type="checkbox"/>	Logopedička/Logopéd
<input type="checkbox"/>	Ortoptistka/Ortoptista
<input type="checkbox"/>	Zdravotnícka asistentka/Zdravotnícky asistent (PA)
<input type="checkbox"/>	Zdravotnícka asistentka/Zdravotnícky asistent s dodatočným zdravotníckym vzdelaním (PFA)
<input type="checkbox"/>	Fyzioterapeutka/ Fyzioterapeut
<input type="checkbox"/>	Rádiologická technička/ Rádiologický technik
<input type="checkbox"/>	Inštrumentárka/Inštrumentár

má potrebnú zdravotnú spôsobilosť.

*) zaškrtnite, prosím, podľa potreby

Miesto / Dátum

Podpis a pečiatka všeobecného
lekára alebo internistu

Dátum: Jún 2022

