

Antrag auf Eintragung in das GBR - PA / PFA



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

Sie können den Antrag jeweils nur für einen Beruf stellen.

- Biomedizinische Analytikerin – Biomedizinischer Analytiker
 Diätologin – Diätologe
 Diplomierte Gesundheits- und Krankenpflegerin –
Diplomierter Gesundheits- und Krankenpfleger
 Ergotherapeutin – Ergotherapeut
 Logopädin – Logopäde

**TÚTO ČASŤ NEVYPLŇAJTE.
BUDE VYPLNENÁ POČAS VAŠEJ REGISTRÁCIE.**

- Orthoptistin – Orthoptist
 Pflegeassistentin – Pflegeassistent
 Pflegefachassistentin – Pflegefachassistent
 Physiotherapeutin – Physiotherapeut
 Radiologietechnologin – Radiologietechnologe

Ich war am 1. Juli 2018 bereits in diesem Gesundheitsberuf tätig.

Ja Nein

Eintragungsnummer, sofern bereits vorhanden

2 Antragsteller/-in

Geschlecht weiblich männlich

Vorname(n)

Krstné meno

Familienname(n)

Priezvisko

akademische(r) Grad(e) vor dem Namen

Titul pred menom

akademische(r) Grad(e) nach dem Namen

Titul za menom

Geburtsdatum (TT.MM.JJJJ)

Dátum narodenia

Geburtsname *

Rodné priezvisko

Geburtsort

Miesto narodenia

Geburtsland

Slowakische Republik/Tschechische Republik

Staatsangehörigkeit

Slowakisch/Tschechisch

Persönliche Kontaktdaten für die Behördenkommunikation

Telefonnummer

Vaše telefónne číslo

E-Mail *

Vaša e-mailová adresa

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

3 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

Vaše telefónne číslo

E-Mail

Vaša e-mailová adresa

Webadresse

Vaša webová adresa

Fremdsprachenkenntnisse Uvedt cudzie jazyky, ktoré ovládate

1

2

3

4

4 Adresse (Hauptwohnsitz) Adresa trvalého bydliska

Staat

Slowakische Republik/Tschechische Republik

Postleitzahl Ort

PSČ

Miesto

Straße

Ulica

Hausnummer Stiege/Tür*

Číslo

5 Zustelladresse in Österreich

c/o Firma/Organisation

HCMS s.r.o.

Postleitzahl

1010

Ort

Wien

Straße

Kohlmarkt

Hausnummer

8-10

Stiege/Tür*

Zustellungsbevollmächtigte(r) in Österreich (bitte Zustellungsvollmacht beilegen und Adresse des/der Zustellungsbevollmächtigten bei Zustelladresse eintragen), **sofern keine eigene Zustelladresse in Österreich** ^{V*}

Vorname(n)

Familienname(n)

6 Angaben zur Berufsausübung ^{V Ö} (siehe Erläuterungen)

Wie üben Sie Ihren Beruf aus?

angestellt Zamestnanecký pomer

freiberuflich Živnost

beides Obe

wenn beides, wie überwiegend?

angestellt Zamestnanecký pomer

freiberuflich Živnost

Sonstiges, (z. B. AbsolventInnen, arbeitssuchend, ehrenamtlich, ist nicht gemeinsam mit angestellt/freiberuflich möglich)

7 Arbeitgeber und Dienstort (sofern zutreffend, Mehrfachnennung möglich)

Údaje o zamestnávateľovi, je možné uviesť aj viacero zamestnávateľov

Arbeitgeber 1: Name des Arbeitgebers ^V

Postleitzahl ^V

Ort ^V

Názov spoločnosti

PSC

Miesto

Straße ^V

Ulicu vyplňte, prosím, podľa zmluvy so zamestnávateľom

Hausnummer ^V

Stiege/Tür*

Číslo

Telefonnummer

Telefónne číslo zamestnávateľa

E-Mail (allgemein, z. B. post@...; office@...)

E-mailová adresa zamestnávateľa

Dienstort 1* (wenn abweichend vom Arbeitgeber) Údaje o pracovisku (ak sa líšia od údajov o zamestnávateľovi)

Name der Einrichtung ^V

Postleitzahl ^V

Ort ^V

Názov pracoviska

PSC

Miesto

Straße ^V

Vyplňte, prosím, ulicu pracoviska

Hausnummer ^V

Stiege/Tür*

Číslo

Telefonnummer

Telefónne číslo pracoviska

E-Mail (allgemein, z. B. post@...; office@...)

E-mailová adresa pracoviska

Bitte kreuzen Sie an, wo Sie Ihre Tätigkeit ausüben ^V Označte, prosím, typ pracoviska podľa šípky: Stationäre Pflegeeinrichtung/Tageszentrum

Krankenanstalt

ärztliche Gruppenpraxis

Blutspendeeinrichtung

Kuranstalt und Rehabilitationseinrichtungen

Ambulatorium

Straf- und Maßnahmenvollzugsanstalt (inkl. Justizbetreuungsagentur)

stationäre Pflegeeinrichtung/Tageszentrum

Primärversorgungseinheit

Ausbildungseinrichtung

mobile Dienste

zahnärztliche Gruppenpraxis

Forschungseinrichtung

Behindertenbetreuungseinrichtung

Gewebebank/
Gewebentahmeeeinrichtung

Rettungsdienst

angestellt bei Angehörigen freiberuflich tätiger/ niedergelassener Gesundheitsberufe:

Ärztin/Arzt (Arztpraxis)

Diplomierte Gesundheits- und Krankenpflegerin/Diplomierter Gesundheits- und Krankenpfleger

Orthoptistin / Orthoptist

Biomedizinische Analytikerin/
Biomedizinischer Analytiker

Ergotherapeutin/Ergotherapeut

Physiotherapeutin/Physiotherapeut

Diätologin/Diätologe

Logopädin/Logopäde

Radiologietechnologin/Radiologietechnologe

Zahnärztin/Zahnarzt (Zahnarztpraxis)

Sonstiges (Industrie, ...)

V prípade, ak máte ďalšieho zamestnávateľa, vyplňte nasledujúce políčka podľa vzoru na strane č.2

Arbeitgeber 2*: Name des Arbeitgebers

Postleitzahl Ort

Straße

Hausnummer Stiege/Tür*

Telefonnummer

E-Mail (allgemein, z. B. post@...; office@...)

Dienstort 2* (wenn abweichend vom Arbeitgeber)

Name der Einrichtung

Postleitzahl Ort

Straße

Hausnummer Stiege/Tür*

Telefonnummer

E-Mail (allgemein, z. B. post@...; office@...)

Bitte kreuzen Sie an, wo Sie Ihre Tätigkeit ausüben

- | | | |
|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> Krankenanstalt | <input type="checkbox"/> ärztliche Gruppenpraxis | <input type="checkbox"/> Blutspendeeinrichtung |
| <input type="checkbox"/> Kuranstalt und Rehabilitationseinrichtungen | <input type="checkbox"/> Ambulatorium | <input type="checkbox"/> Straf- und Maßnahmenvollzugsanstalt (inkl. Justizbetreuungsagentur) |
| <input type="checkbox"/> stationäre Pflegeeinrichtung/Tageszentrum | <input type="checkbox"/> Primärversorgungseinheit | <input type="checkbox"/> Ausbildungseinrichtung |
| <input type="checkbox"/> mobile Dienste | <input type="checkbox"/> zahnärztliche Gruppenpraxis | <input type="checkbox"/> Forschungseinrichtung |
| <input type="checkbox"/> Behindertenbetreuungseinrichtung | <input type="checkbox"/> Gewebebank/
Gewebeentnahmeeinrichtung | <input type="checkbox"/> Rettungsdienst |
| <input type="checkbox"/> angestellt bei Angehörigen freiberuflich tätiger/ niedergelassener Gesundheitsberufe: | | |
| <input type="checkbox"/> Ärztin/Arzt (Arztpraxis) | <input type="checkbox"/> Diplomierte Gesundheits- und Krankenpflegerin/Diplomierter Gesundheits- und Krankenpfleger | <input type="checkbox"/> Orthoptistin / Orthoptist |
| <input type="checkbox"/> Biomedizinische Analytikerin/
Biomedizinischer Analytiker | <input type="checkbox"/> Ergotherapeutin/Ergotherapeut | <input type="checkbox"/> Physiotherapeutin/Physiotherapeut |
| <input type="checkbox"/> Diätologin/Diätologe | <input type="checkbox"/> Logopädin/Logopäde | <input type="checkbox"/> Radiologietechnologin/Radiologietechnologe |
| <input type="checkbox"/> Sonstiges (Industrie, ...) | | <input type="checkbox"/> Zahnärztin/Zahnarzt (Zahnarztpraxis) |

8 Berufssitz bei freiberuflicher Berufsausübung

Angaben zum Berufssitz (1)*

Postleitzahl Ort

Straße

Hausnummer Stiege/Tür*

Angaben zum Berufssitz (2)*

Postleitzahl Ort

Straße

Hausnummer Stiege/Tür*

Verträge mit Sozialversicherungen und Krankenfürsorgeanstalten

9 Angaben zu Ihrer Qualifikation ^V

Art des Abschlusses

V interaktivnom formulári zvolte, prosím:
Anerkennungs-/Nostrifikationsbescheid

Ort der Ausstellung

Wien

Datum der Ausstellung (TT.MM.JJJJ)

Dátum vydania Bescheid-u

ausstellende Institution

Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz

Staat der beruflichen Erstqualifikation

Slowakische Republik/Tschechische Republik

Berufsanerkennung mit Auflagen* Ja Nein

Prosím, uveďte, či vo Vašom Anerkennungsbescheid-e máte predpísané kompenzačné mechanizmy (skúšku alebo prax)

partielle Berufsanerkennung laut Anerkennungsbescheid (bitte anführen)

10 Welche freiwilligen Daten möchten Sie eintragen? (wenn Sie diese veröffentlichen wollen) ^V

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

Weitere Ausbildung

1. V interaktivnom formulári, prosím, zvolte ďalšie absolvované vzdelanie

2. V interaktivnom formulári, prosím, zvolte ďalšie absolvované vzdelanie

Spezialisierung/Sonderausbildung ^V interaktivnom formulári, prosím, zvolte Vašu špecializáciu a pod.

1.

3.

2.

4.

Weiterbildung ^V interaktivnom formulári, prosím, zvolte Vaše školenia a pod.

1.

3.

2.

4.

Fortbildung ^{Iné} absolvované školenia a pod.

1.

3.

2.

4.

Zielgruppen (max. 4) ^V interaktivnom formulári, prosím, zvolte Vaše školenia a pod.

1.

3.

2.

4.

11 Die Datenverarbeitung erfolgt auf Grundlage des Gesundheitsberuferegister-Gesetzes und unter Berücksichtigung der geltenden datenschutzrechtlichen Bestimmungen.

Ich erkläre mit meiner Unterschrift, dass ich die Angaben wahrheitsgemäß und vollständig getätigt habe.

Týmto podpisom potvrdzujem, že sú všetky uvedené údaje pravdivé.

Miesto, Dátum

Váš podpis

Ort, Datum ^V

Unterschrift ^V

12 Bei der Antragstellung sind folgende Unterlagen vorzulegen:

Identitätsnachweis: Reisepass, Personalausweis oder Führerschein

Staatsangehörigkeit: Reisepass, Personalausweis oder Staatsbürgerschaftsnachweis

Ausbildungsabschluss/Qualifikationsnachweis(e): Zeugnis, Diplom, Anerkennungs- oder Nostrifikationsbescheid oder FH-Bachelorurkunde

Gesundheitliche Eignung: ärztliches Zeugnis

Vertrauenswürdigkeit: Beiblatt, Strafregisterbescheinigung(en)

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.

Allfälliger Nachweis über die Kenntnis der deutschen Sprache

Sonderausbildungen bzw. Spezialisierungen:

Ausbildungsnachweis(e)