

# Bekanntgabe bzw. Änderung des Arbeitgebers oder Berufssitzes\*

\* Wenn Sie Ihren Beruf **endgültig** einstellen möchten,  
verwenden Sie bitte das Formular Berufseinstellung.



Eintragungsnummer

Änderung seit (TT.MM.JJJJ)

Vorname(n)

Familienname(n) (im Register)

Geburtsdatum (TT.MM.JJJJ)

### Adresse des Absenders

Staat

Postleitzahl

Ort

Straße

Hausnummer

Stiege/Tür

## Ich beantrage die Änderung folgender Daten:

### Berufsbezogene Daten:

- Bekanntgabe bzw. Änderung des Arbeitgebers bzw. Dienstortes
- Bekanntgabe eines weiteren Arbeitgebers/Berufssitz
- Beendigung des Arbeitsverhältnisses
- Änderung der Berufsausübung:  
Wie üben Sie Ihren Beruf aus?  angestellt  freiberuflich  beides  
wenn beides, wie überwiegend?  angestellt  freiberuflich  
 sonstiges, (z. B. AbsolventInnen, arbeitssuchend, ehrenamtlich, ist nicht gemeinsam mit angestellt/freiberuflich möglich)
- Bekanntgabe des Berufssitzes
- Verlegung des Berufssitzes
- Auflassung des Berufssitzes

Alle Daten sind im speziellen Änderungsfall erforderlich.

## Arbeitgeber und Dienstort (sofern zutreffend, Mehrfachnennung möglich)

Arbeitgeber: Name des Arbeitgebers

Postleitzahl  Ort

Straße

Hausnummer  Stiege/Tür\*

Telefonnummer

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

Dienstort\* (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"/> Krankenhaus   | <input type="checkbox"/> ärztliche Gruppenpraxis  | <input type="checkbox"/> Blutspendeinrichtung  |
| <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/<br>Gewebeentnahmeeinrichtung   |  |
| <input type="checkbox"/> angestellt bei Angehörigen freiberuflich tätiger/ niedergelassener Gesundheitsberufe: |   |  |
| <input type="checkbox"/> Ärztin/Arzt (Arztpraxis)  | <input type="checkbox"/> Diplomierte Gesundheits- und<br>Krankenpflegerin/Diplomierter<br>Gesundheits- und Krankenpfleger | <input type="checkbox"/> Orthoptistin / Orthoptist   |
| <input type="checkbox"/> Biomedizinische Analytikerin/<br>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"/> Arbeitskräfteüberlassung  |   | <input type="checkbox"/> Zahnärztin/Zahnarzt (Zahnarztpraxis)                                |
| <input type="checkbox"/> sonstiges (Industrie, ...)  |   |  |

## Berufssitz bei freiberuflicher Berufsausübung <sup>6</sup>

**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

Ich erkläre, dass ich die Angaben wahrheitsgemäß und vollständig getätigt habe!

Ort, Datum

Unterschrift

**Bitte übermitteln Sie uns diesen Antrag samt Nachweise per Email, Post oder persönlich.**

## Kontakt Daten aller Bundesländer:

### **AK Burgenland**

Wiener Straße 7  
7000 Eisenstadt  
E-Mail: [gbr@akbgld.at](mailto:gbr@akbgld.at)

### **AK Kärnten**

Bahnhofplatz 3  
9021 Klagenfurt am Wörthersee  
E-Mail: [gbr@akktn.at](mailto:gbr@akktn.at)

### **AK Niederösterreich**

AK-Platz 1  
3100 St. Pölten  
E-Mail: [gbr@aknoe.at](mailto:gbr@aknoe.at)

### **AK Oberösterreich**

Volksgartenstraße 40  
4020 Linz  
E-Mail: [gbr@akooe.at](mailto:gbr@akooe.at)

### **AK Salzburg**

Markus-Sittikus-Straße 10  
5020 Salzburg  
E-Mail: [gbr@ak-salzburg.at](mailto:gbr@ak-salzburg.at)

### **AK Steiermark**

Hans-Resel-Gasse 8-14  
8020 Graz  
E-Mail: [gbr@akstmk.at](mailto:gbr@akstmk.at)

### **AK Tirol**

Maximilianstraße 7  
6020 Innsbruck  
E-Mail: [gbr@ak-tirol.com](mailto:gbr@ak-tirol.com)

### **AK Vorarlberg**

Widnau 2-4  
6800 Feldkirch  
E-Mail: [gbr@ak-vorarlberg.at](mailto:gbr@ak-vorarlberg.at)

### **AK Wien**

Prinz-Eugen-Straße 20-22  
1040 Wien  
E-Mail: [gbr@akwien.at](mailto:gbr@akwien.at)

### **Gesundheit Österreich GmbH (GÖG)**

Stubenring 4  
1010 Wien  
E-Mail: [gbr@goeg.at](mailto:gbr@goeg.at)