

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

Persönliche Kontaktdaten für die Behördenkommunikation

Telefonnummer

E-Mail

Durch Ausfüllen der obigen Felder (Telefonnummer, E-Mail), stimme ich zu, dass diese Daten zur Behördenkommunikation verwendet werden.

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**
(bei freiberuflicher Berufsausübung) (bei freiberuflicher Berufsausübung) (bei freiberuflicher Berufsausübung)

Freiwillige Angaben (weitere Ausbildung, Spezialisierung, Weiterbildung oder Fortbildung)

Bitte legen Sie dieser Änderungsmeldung die entsprechenden Nachweise in Kopie/Scan bei.

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*

--	--	--

Bitte kreuzen Sie an, wo Sie Ihre Tätigkeit ausüben

- | | | |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Krankenhaus | <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"/> 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"/> Arbeitskräfteüberlassung | | <input type="checkbox"/> Zahnärztin/Zahnarzt (Zahnarztpraxis) |
| <input type="checkbox"/> sonstiges (Industrie, ...) | | |

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

--

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

AK Kärnten

Bahnhofplatz 3
9021 Klagenfurt am Wörthersee
E-Mail: gbr@akktn.at

AK Niederösterreich

AK-Platz 1
3100 St. Pölten
E-Mail: gbr@aknoe.at

AK Oberösterreich

Volksgartenstraße 40
4020 Linz
E-Mail: gbr@akooe.at

AK Salzburg

Markus-Sittikus-Straße 10
5020 Salzburg
E-Mail: gbr@ak-salzburg.at

AK Steiermark

Hans-Resel-Gasse 8-14
8020 Graz
E-Mail: gbr@akstmk.at

AK Tirol

Maximilianstraße 7
6020 Innsbruck
E-Mail: gbr@ak-tirol.com

AK Vorarlberg

Widnau 2-4
6800 Feldkirch
E-Mail: gbr@ak-vorarlberg.at

AK Wien

Prinz-Eugen-Straße 20-22
1040 Wien
E-Mail: gbr@akwien.at

Gesundheit Österreich GmbH (GÖG)

Stubenring 4
1010 Wien
E-Mail: gbr@goeg.at