

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
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Straße	Hausnummer	Stiege/Tür*
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Telefonnummer	E-Mail (allgemein, z. B. post@...; office@...)	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	

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/
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	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	
Straße	Hausnummer	Stiege/Tür*
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Angaben zum Berufssitz (2)

Postleitzahl	Ort	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	
Straße	Hausnummer	Stiege/Tür*
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

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.

Kontaktdaten 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