

Vor- und Zuname: .....

Wohnsitz (Adresse): .....

.....

Wien, .....

Magistratsabteilung 15 – Gesundheitsdienst der Stadt Wien  
Fachbereich Aufsicht und Qualitätssicherung - Gesundheitsberufe  
Thomas-Klestil-Platz 8/1  
1030 Wien

Ich ersuche um Ausstellung eines Berufsausweises als

- Dipl. Gesundheits- und Krankenschwester/-pfleger
- Dipl. Kinderkrankenschwester/-pfleger
- Dipl. psych. Gesundheits- und Krankenschwester/-pfleger
- Pflegehelfer/in

- **Ich bin damit einverstanden, dass meine Daten elektronisch verarbeitet und dem Bundesministerium für Gesundheit weitergemeldet werden.**
- **Ich nehme zur Kenntnis, dass ich jede Änderung der im Berufsausweis enthaltenen Daten, insbesondere des Vor- bzw. Zunamens an die jeweils örtlich zuständige Bezirksverwaltungsbehörde zu melden habe.**

---

Unterschrift

\*) Zutreffendes bitte ankreuzen

Beilagen für Berufsausweis:

- Diplom, Bestätigung des Bundesministeriums für Gesundheit über die Zulassung zur Berufsausübung in Österreich bzw. Nostrifikationsbescheid
- Nachweis der Identität (Reisepass oder amtlicher Lichtbildausweis, gegebenenfalls Heiratsurkunde bzw. Urkunde über Namensänderung)
- Nachweis/e über allfällige/n akademische/n Grad/e
- 1 Lichtbild
- Gebühren 30,70 € für Bundes- und Verwaltungsabgabe