

## Bestätigung über die gesundheitliche Eignung

Sehr geehrte Ärztin, sehr geehrter Arzt!  
Sehr geehrte Bewerberin, sehr geehrter Bewerber!

Für die Aufnahme in eine der unten angeführten Ausbildungen im Bereich der Gesundheitsberufe ist gesetzlich ein Nachweis der zur Erfüllung der Berufspflichten erforderlichen gesundheitlichen Eignung zu erbringen (PA-PFA- AV § 10(2); § 11 (2); MAB-AV § 13(2)). Detaillierte Ausführungen zur Prüfung der gesundheitlichen Eignung finden Sie unter <https://www.sozialministerium.at> -> Gesundheitsberuferegister -> Anlage 5: Prüfung der gesundheitlichen Eignung (PDF).

Die Bewerberin/der Bewerber wird gebeten, die Bestätigung über die gesundheitliche Eignung mit den ausständigen Unterlagen fristgerecht beizubringen.

### Von der/dem BewerberIn anzukreuzen bzw. auszufüllen:

- Medizinische Fachassistenz
- Medizinische Assistenzberufe
- Operationstechnische Assistenz

| Nachname | Vorname | Titel | SV-Nr. | Geburtsdatum |
|----------|---------|-------|--------|--------------|
|          |         |       |        |              |

### Von der Ärztin/dem Arzt bitte zu bestätigen:

#### Bestätigung

Die Bewerberin/der Bewerber bringt die erforderliche gesundheitliche Eignung (lt. Anlage 5, Ministerium für Gesundheit und Frauen) mit, um im oben ausgewählten Gesundheitsberuf zu arbeiten.

- ja       nein

Datum:

.....  
**Unterschrift der Ärztin/des Arztes**

|                               |
|-------------------------------|
| Stempel der Ärztin/des Arztes |
|-------------------------------|