

# BUNDESGESETZBLATT

## FÜR DIE REPUBLIK ÖSTERREICH

---

Jahrgang 2002

Ausgegeben am 17. Dezember 2002

Teil II

---

**481. Verordnung: Fremdenrechtliches Gesundheitszeugnis (FrG-GZV)**

---

### **481. Verordnung des Bundesministers für soziale Sicherheit und Generationen betreffend das fremdenrechtliche Gesundheitszeugnis (FrG-GZV)**

Gemäß § 8 Abs. 7 des Fremdengesetzes 1997, BGBl. I Nr. 75/1997, zuletzt geändert durch das Bundesgesetz BGBl. I Nr. 134/2002, wird im Einvernehmen mit dem Bundesminister für Inneres verordnet:

**§ 1.** (1) Ein Gesundheitszeugnis im Sinne des § 8 Abs. 6 Fremdengesetz hat das Vorliegen oder Nichtvorliegen folgender Erkrankungen zu bescheinigen:

1. Tuberkulose, die der ärztlichen Behandlung oder Überwachung bedarf,
2. Lepra,
3. Cholera,
4. übertragbare Kinderlähmung,
5. Paratyphus,
6. Pest,
7. Ruhr,
8. Typhus,
9. Hepatitis A, B, C, D, G,
10. Diphtherie,
11. Pertussis.

(2) Die Bescheinigung über das Nichtvorliegen einer Erkrankung an übertragbarer Kinderlähmung, Hepatitis A und B, Diphtherie und Pertussis kann durch die Bescheinigung ersetzt werden, dass eine aktuelle Schutzimpfung gegen diese Erkrankungen vorliegt.

(3) Zur Bescheinigung ist das Formblatt gemäß **Anlage** zu verwenden.

**§ 2.** (1) Wird ein Gesundheitszeugnis im Sinne des § 1 im Inland ausgestellt, so ist dieses von einer/einem zur selbstständigen Berufsausübung in Österreich berechtigten Ärztin/Arzt auszustellen.

(2) Wird ein Gesundheitszeugnis im Sinne des § 1 im Ausland ausgestellt, so ist dieses von einer/einem nach den jeweiligen nationalen Regelungen zur selbstständigen Berufsausübung berechtigten Ärztin/Arzt auszustellen.

**§ 3.** Diese Verordnung tritt mit 1. Jänner 2003 in Kraft.

**Haupt**

**FREMDENRECHTLICHES GESUNDHEITSZEUGNIS  
gemäß § 8 Abs. 6 und 7 Fremden-gesetz 1997**

Es wird bescheinigt, dass

(Name).....

geboren am..... in.....

auf das Vorliegen folgender Krankheiten untersucht und der Impfstatus erhoben wurde.

**Infektionsstatus**

- |  |                                     |   |
|--|-------------------------------------|---|
| – Tuberkulose, die ärztlicher Behandlung oder Überwachung bedarf | liegt vor: <input type="checkbox"/> | liegt nicht vor: <input type="checkbox"/> |
| – Lepra  | liegt vor: <input type="checkbox"/> | liegt nicht vor: <input type="checkbox"/> |
| – Cholera  | liegt vor: <input type="checkbox"/> | liegt nicht vor: <input type="checkbox"/> |
| – übertragbare Kinderlähmung                                     | liegt vor: <input type="checkbox"/> | liegt nicht vor: <input type="checkbox"/> |
| – Paratyphus   | liegt vor: <input type="checkbox"/> | liegt nicht vor: <input type="checkbox"/> |
| – Pest   | liegt vor: <input type="checkbox"/> | liegt nicht vor: <input type="checkbox"/> |
| – Ruhr   | liegt vor: <input type="checkbox"/> | liegt nicht vor: <input type="checkbox"/> |
| – Typhus   | liegt vor: <input type="checkbox"/> | liegt nicht vor: <input type="checkbox"/> |
| – Hepatitis A, B, C, D, G  | liegt vor: <input type="checkbox"/> | liegt nicht vor: <input type="checkbox"/> |
| – Diphtherie   | liegt vor: <input type="checkbox"/> | liegt nicht vor: <input type="checkbox"/> |
| – Pertussis  | liegt vor: <input type="checkbox"/> | liegt nicht vor: <input type="checkbox"/> |

**Impfstatus**

Die Bescheinigung über das Nichtvorliegen einer Erkrankung an übertragbarer Kinderlähmung, Hepatitis A und B, Diphtherie und Pertussis kann durch die Bescheinigung ersetzt werden, dass eine aktuelle Schutzimpfung gegen diese Erkrankungen vorliegt.

- |                  |  |   |
|------------------|--|---|
| – Kinderlähmung  | aktuelle Impfung vorhanden: <input type="checkbox"/> | nicht vorhanden: <input type="checkbox"/> |
| – Hepatitis A, B | aktuelle Impfung vorhanden: <input type="checkbox"/> | nicht vorhanden: <input type="checkbox"/> |
| – Diphtherie     | aktuelle Impfung vorhanden: <input type="checkbox"/> | nicht vorhanden: <input type="checkbox"/> |
| – Pertussis      | aktuelle Impfung vorhanden: <input type="checkbox"/> | nicht vorhanden: <input type="checkbox"/> |

....., am.....  
Unterschrift und Stampiglie des bescheinigenden Arztes

....., am.....  
Beglaubigungsvermerk in Bezug auf § 2 Abs. 2

Zutreffendes ankreuzen