

## Nostrifizierung eines ausländischen Fachhochschul-Studienabschlusses

An das Kollegium der fh gesundheit  
Mag. Walter Draxl, MSc  
Leiter des Kollegiums  
Innrain 98  
6020 Innsbruck

Ich beantrage die Anerkennung meines abgeschlossenen ausländischen FH-Studiums:  
[Bitte leserlich ausfüllen]

Hochschule: \_\_\_\_\_

Fachrichtung: \_\_\_\_\_

Akademischer Grad: \_\_\_\_\_

als gleichwertig mit dem Studienabschluss eines FH-Bachelor-Studiengangs an der fhg – Zentrum für Gesundheitsberufe Tirol GmbH:

[Bitte Zutreffendes ankreuzen]

**Biomedizinische Analytik**  
StgKz 0496

**Diaetologie**  
StgKz 0497

**Ergotherapie**  
StgKz 0498

**Gesundheits- und Krankenpflege**  
StgKz 0822

**Hebamme**  
StgKz 0499

**Logopädie**  
StgKz 0500

**Physiotherapie**  
StgKz 0501

**Radiologietechnologie**  
StgKz 0502

Angestrebter akademischer Grad: **Bachelor of Science in Health Studies**

### 1. Angaben zur Person

[Bitte in Druckschrift oder Blockbuchstaben ausfüllen. Zutreffendes ankreuzen.]

Angaben zur Person	
Nachname lt. Geburtsurkunde/Heiratsurkunde	
Vorname(n) lt. Geburtsurkunde	
Akademischer Titel	
Geburtsdatum, -ort, -land	, ,
Geschlecht	<input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> männlich
Familienstand	<input type="checkbox"/> ledig <input type="checkbox"/> verheiratet <input type="checkbox"/> geschieden <input type="checkbox"/> verwitwet
Staatsbürgerschaft	
SV-Nummer, inkl. Versicherungsanstalt/Kasse	

<b>Heimatadresse</b>	Hauptwohnsitz <input type="checkbox"/> ja (Bitte nur eine der Anschriften auswählen)
Straße, Nr.	
PLZ, Ort	
Bundesland	
Land	
<b>Zustelladresse</b> (wenn von Heimatadresse abweichend)	Hauptwohnsitz <input type="checkbox"/> ja (Bitte nur eine der Anschriften auswählen)
Straße, Nr.	
PLZ, Ort	
Bundesland	
Land	
<b>Kontaktdaten</b>	
E-Mail	
Festnetznummer	
Handynummer	

## 2. Angaben zur Schulbildung

[Bitte in Druckschrift oder Blockbuchstaben ausfüllen. Zutreffendes ankreuzen.]

<b>Angaben zur Schulbildung</b>	
<input type="checkbox"/> <b>Reifeprüfung/Allgem. Universitätsreife</b>	Bezeichnung der Schule/Schultyp:
<input type="checkbox"/> abgeschlossen	Datum der Reifeprüfung:
<input type="checkbox"/> <b>Studienberechtigungsprüfung</b>	Institution:
Art der Studienberechtigungsprüfung (z.B. Medizin)	
<input type="checkbox"/> abgeschlossen	Prüfungsdatum:

## 3. Angaben zum ausländischen Fachhochschulabschluss

[Zutreffendes ankreuzen. Bitte in Druckschrift oder Blockbuchstaben ausfüllen.]

<b>Angaben zur Hochschule</b>	
Name der Institution	
Fachrichtung	
Ausbildungszeit von/bis	Beginn: Ende:
Abschluss	Prüfungsdatum:
Bezeichnung des akademischen Grades	

#### 4. Informationen zum Antrag

Nachstehend angeführte Unterlagen sind dem vollständig ausgefüllten, unterschriebenem Antragsformular beizulegen.

Diese Unterlagen müssen entweder im Original oder in beglaubigter Abschrift vorgelegt werden, die Verleihungsurkunde immer im Original. Fremdsprachigen Dokumenten sind beglaubigte deutsche oder englische Übersetzungen beizufügen.

- Geburtsurkunde und allfällige Urkunden über Namensänderung, wenn die Studiennachweise auf einen früheren Namen lauten
- Staatsbürgerschaftsnachweis oder Reisepass
- tabellarischer Lebenslauf, persönlich unterschrieben
- Reifeprüfungszeugnis/Maturazeugnis
- Nachweis über den Status der ausländischen Universität, Hochschule oder sonstigen postsekundären Bildungseinrichtung
- möglichst detaillierte Unterlagen über das ausländische Studium, z.B. Curriculum (ECTS), Studienbuch, Studienführer, Zeugnisse über die abgelegten Prüfungen inkl. Bezeichnung und Stundenausmaß der besuchten Lehrveranstaltungen und Prüfungen, wissenschaftliche Arbeiten;
- Abschluss- bzw. Diplomurkunde
- Exemplar der Abschlussarbeit oder Inhaltsangabe in deutscher oder englischer Sprache
- Nachweis über Deutschkenntnisse auf dem Niveau B2 (bzw. C1 für Logopädie) gemäß dem Europäischen Referenzrahmen durch Vorlage einer Bestätigung über die erfolgreich abgelegte Prüfung bei einer anerkannten Bildungseinrichtung
- Nachweis von Impfungen für nachfolgend angeführte Infektionskrankheiten (für den Fall, dass Praktika absolviert werden müssen)

---

**Bitte senden Sie Ihren vollständigen Antrag an folgende Adresse:**

**fhg – Zentrum für Gesundheitsberufe Tirol GmbH  
Mag. Walter Draxl, MSc  
Leiter des Kollegiums  
Innrain 98, 6020 Innsbruck**

---

#### 5. Bestätigung durch die/den AntragstellerIn

Ich erkläre an Eides statt, dass ich an keiner österreichischen Behörde einen Nostrifizierungsantrag gleichen Inhalts eingereicht habe.

Die Gebühr zu Erstellung eines Nostrifikationsgutachtens beträgt € 250,00. Diese wird bei Erfüllung der formellen Voraussetzungen im Voraus verrechnet.

Ich stimme zu, dass meine Daten für Zwecke der Administration elektronisch verarbeitet und gespeichert werden und bestätige, dass meine Angaben wahrheitsgemäß und vollständig sind.

Mit meiner Unterschrift erkläre ich mich mit obigen Punkten und den Allgemeinen Geschäftsbedingungen der fhg GmbH, die unter [www.fhg-tirol.ac.at/Service/Downloadcenter](http://www.fhg-tirol.ac.at/Service/Downloadcenter) abrufbar sind, einverstanden.

---

Datum

---

Unterschrift BewerberIn