

Landratsamt Miltenberg
Gesundheitsamt
Brückenstraße 2
63897 Miltenberg

Vollzug des Gesundheitsdienst- und Verbraucherschutzgesetzes (GDVG); Anmeldung einer heilberuflichen Berufsausübung gem. § 12 GDVG

Hiermit zeige ich gem. § 12 GDVG meine selbständige Berufsausübung an als

- | | |
|--|---|
| <input type="radio"/> Ergotherapeutin/ Ergotherapeut | <input type="radio"/> Masseurin/ Masseur |
| <input type="radio"/> Hebamme/ Entbindungspfleger | <input type="radio"/> Medizinische Bademeisterin/ Medizinischer Bademeister |
| <input type="radio"/> Heilpraktikerin/ Heilpraktiker | <input type="radio"/> Physiotherapeutin/ Physiotherapeut |
| <input type="radio"/> Krankengymnastin/ Krankengymnast | <input type="radio"/> Podologin/ Podologe |
| <input type="radio"/> Logopädin/ Logopäde | <input type="radio"/> _____ |

Praxisname	_____
	<input type="radio"/> Neueröffnung <input type="radio"/> Übernahme von _____
Name Inhaber/in	_____
Vorname	_____
Geburtsdatum	_____
Anschrift Praxis	_____
Anschrift Privat	_____
	<input type="radio"/> Gemeinschaftspraxis ja, mit _____
	<input type="radio"/> keine Gemeinschaftspraxis
Telefon/ Telefax	_____
E-Mail-/ Internet-Adresse	_____

Erlaubnis erteilt am	<input type="text"/>
Erlaubnis erteilt von	<input type="text"/>
	<input type="radio"/> Originalurkunde oder beglaubigte Urkunde ist beigefügt
	<input type="radio"/> Originalurkunde oder beglaubigte Urkunde wird noch vorgelegt

Ein Nachweis über eine ausreichende Haftpflichtversicherung für die ausgeübte Tätigkeit

ist beigefügt wird noch vorlegt

Beginn der selbständigen Tätigkeit/ Niederlassung am

Fachliche Mitarbeiter

Name, Vorname	<input type="text"/>	
Berufsbezeichnung	<input type="text"/>	
Geburtsdatum	Beschäftigt seit	<input type="text"/>
Anschrift	<input type="text"/>	
Name, Vorname	<input type="text"/>	
Berufsbezeichnung	<input type="text"/>	
Geburtsdatum	Beschäftigt seit	<input type="text"/>
Anschrift	<input type="text"/>	
Name, Vorname	<input type="text"/>	
Berufsbezeichnung	<input type="text"/>	
Geburtsdatum	Beschäftigt seit	<input type="text"/>
Anschrift	<input type="text"/>	
Name, Vorname	<input type="text"/>	
Berufsbezeichnung	<input type="text"/>	
Geburtsdatum	Beschäftigt seit	<input type="text"/>
Anschrift	<input type="text"/>	

Sonstige Bemerkungen

Änderungen, Ergänzungen und eine Beendigung der Berufsausübung sind dem Gesundheitsamt unverzüglich anzuzeigen.

Ort, Datum Unterschrift