

Landratsamt Miltenberg
 Gesundheitsamt
 Brückenstraße 2
 63897 Miltenberg

**Vollzug des Gesundheitsdienstgesetzes (GDG);
 Anmeldung einer heilberuflichen Berufsausübung gemäß Art. 10 GDG**

Hiermit zeige ich gemäß Art. 10 GDG 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
<input type="radio"/> ist beigefügt <input type="radio"/> wird noch vorlegt

Beginn der selbständigen Tätigkeit/ Niederlassung am

Fachliche Mitarbeiter

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

Sonstige Bemerkungen	<input type="text"/>
----------------------	----------------------

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

Ort, Datum Unterschrift