

Anmeldung selbstständiger Tätigkeit gesetzlich geregelter Heilberufe (Art. 10 Abs. 3 GDG)



An das
Landratsamt Augsburg
Fachbereich 42
Staatliches Gesundheitsamt
Prinzregentenplatz 4
86150 Augsburg

Posteingang:

Angaben zur Person

| | | | |
|---------------------------------------------|------------------------------------------|------------------------------------------|--|
| Nachname | | Geburtsname (bei Abweichung) | |
| <input style="width: 95%;" type="text"/> | | <input style="width: 95%;" type="text"/> | |
| Vorname/n (Rufname bitte in Großbuchstaben) | | | |
| <input style="width: 99%;" type="text"/> | | | |
| Geburtsort | | Geburtsland | |
| <input style="width: 95%;" type="text"/> | | <input style="width: 95%;" type="text"/> | |
| Geburtsdatum | | Staatsangehörigkeit | |
| <input style="width: 95%;" type="text"/> | | <input style="width: 95%;" type="text"/> | |
| Wohnort: Straße, Hausnummer | | Wohnort: PLZ, Ort | |
| <input style="width: 95%;" type="text"/> | | <input style="width: 95%;" type="text"/> | |
| Telefon | Fax | Handy | |
| <input style="width: 95%;" type="text"/> | <input style="width: 95%;" type="text"/> | <input style="width: 95%;" type="text"/> | |
| E-Mail | | | |
| <input style="width: 99%;" type="text"/> | | | |

Tätigkeit

| | |
|------------------------------------------|------------------------------------------|
| Berufsbezeichnung | |
| <input style="width: 99%;" type="text"/> | |
| Erlaubnis am | Ausstellungsbehörde |
| <input style="width: 95%;" type="text"/> | <input style="width: 95%;" type="text"/> |

Berechtigungsnachweise bzw. Erlaubnisurkunde bitte in beglaubigter Kopie beilegen

Nachweis einer angemessenen Haftpflichtversicherung beilegen

| | | |
|-------------------------------------------|-----------------------------------------------------------|---------------------------------------------|
| Berufsausübung: | <input type="checkbox"/> selbstständig mit eigener Praxis | <input type="checkbox"/> freiberuflich |
| als | ab | |
| <input style="width: 95%;" type="text"/> | <input style="width: 95%;" type="text"/> | |
| Tätigkeitsort: (Straße, Hausnummer) | | Tätigkeitsort: (PLZ, Ort) |
| <input style="width: 95%;" type="text"/> | | <input style="width: 95%;" type="text"/> |
| Telefon | Fax | Handy |
| <input style="width: 95%;" type="text"/> | <input style="width: 95%;" type="text"/> | <input style="width: 95%;" type="text"/> |
| E-Mail | Internet-Adresse | |
| <input style="width: 95%;" type="text"/> | <input style="width: 95%;" type="text"/> | |
| Betreiben Sie die Praxis alleine? | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| Es handelt sich um eine | <input type="checkbox"/> Gemeinschaftspraxis | <input type="checkbox"/> Praxisgemeinschaft |
| Inhaber/in der Praxis: Nachname | | Inhaber/in der Praxis: Vorname |
| <input style="width: 95%;" type="text"/> | | <input style="width: 95%;" type="text"/> |
| Inhaber/in der Praxis: Straße, Hausnummer | | Inhaber/in der Praxis: PLZ, Ort |
| <input style="width: 95%;" type="text"/> | | <input style="width: 95%;" type="text"/> |

Ort, Datum _____

Unterschrift _____