

# Anmeldung selbstständiger Tätigkeit gesetzlich geregelter Heilberufe (Art. 12 Abs. 3 GDVG)



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

Posteingang:

## Angaben zur Person

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

## Tätigkeit

Berufsbezeichnung	
<input type="text"/>	
Erlaubnis am	Ausstellungsbehörde
<input type="text"/>	<input type="text"/>

**Berechtigungsnachweise bzw. Erlaubnisurkunde bitte in beglaubigter Kopie beilegen**

**Nachweis einer angemessenen Haftpflichtversicherung beilegen**

<b>Berufsausübung:</b>	<input type="checkbox"/> selbstständig mit eigener Praxis	<input type="checkbox"/> freiberuflich	
als	<input type="text"/>	ab	<input type="text"/>
Tätigkeitsort: (Straße, Hausnummer)		Tätigkeitsort: (PLZ, Ort)	
<input type="text"/>		<input type="text"/>	
Telefon	Fax	Handy	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
E-Mail	Internet-Adresse		
<input type="text"/>	<input 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 der Praxis: Nachname		Inhaber der Praxis: Vorname	
<input type="text"/>		<input type="text"/>	
Inhaber der Praxis: Straße, Hausnummer		Inhaber der Praxis: PLZ, Ort	
<input type="text"/>		<input type="text"/>	

Ort, Datum

Unterschrift