

Anmeldung selbstständiger Tätigkeit für Podologen (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 style="width: 95%;" type="text"/>	<input style="width: 95%;" type="text"/>	
Vorname/n (Rufname bitte in Großbuchstaben)		
<input style="width: 95%;" 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: 95%;" type="text"/>		

Tätigkeit

Berufsbezeichnung	
<input style="width: 95%;" 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 <input type="checkbox"/> in abhängiger Stellung		
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 der Praxis: Nachname		Inhaber der Praxis: Vorname
<input style="width: 95%;" type="text"/>		<input style="width: 95%;" type="text"/>
Inhaber der Praxis: Straße, Hausnummer		Inhaber der Praxis: PLZ, Ort
<input style="width: 95%;" type="text"/>		<input style="width: 95%;" type="text"/>

Ort, Datum _____

Unterschrift _____

bitte wenden

**Verhütung übertragbarer Krankheiten
Vollzug der Hygieneverordnung vom 11. August 1987
in der derzeit geltenden Fassung**

Podologen-Praxis

Nachname		Vorname	
<input type="text"/>		<input type="text"/>	
Straße, Hausnummer		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"/>	
Ich bin in der Praxis zu folgenden Zeiten erreichbar:			
<input type="text"/>			

Bestätigung

In meiner Praxis werden Tätigkeiten, bei denen durch spitze oder scharfe Geräte Krankheitserreger übertragen werden können, ausgeübt, die unter die Bestimmungen der Hygieneverordnung fallen.

Ich bestätige Ihnen hiermit, dass ich die Hygieneverordnung beachte.

Ort, Datum

Unterschrift