

Anmeldung selbstständiger Tätigkeit für Podologen (Art. 12 Abs. 3 GDVG)



An das
Landratsamt Augsburg
Fachbereich 20
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

Berufsausübung:	<input type="checkbox"/> selbstständig mit eigener Praxis	<input type="checkbox"/> freiberuflich	<input type="checkbox"/> in abhängiger Stellung	
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

bitte wenden

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

Podologen-Praxis

Nachname <input style="width: 95%;" type="text"/>		Vorname <input style="width: 95%;" type="text"/>	
Straße, Hausnummer <input style="width: 95%;" type="text"/>		PLZ, Ort <input style="width: 95%;" type="text"/>	
Telefon <input style="width: 95%;" type="text"/>	Fax <input style="width: 95%;" type="text"/>	Handy <input style="width: 95%;" type="text"/>	
E-Mail <input style="width: 95%;" type="text"/>		Internet-Adresse <input style="width: 95%;" type="text"/>	
Ich bin in der Praxis zu folgenden Zeiten erreichbar: <input style="width: 90%;" 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