

Änderungsmitteilung (selbständig/freiberufliche Heilberufe gem. Art. 12, 18 GDVG)



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

Posteingang:

Berufsbezeichnung / gemeldet als:

- | | | |
|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> Heilpraktiker/in (HP) | <input type="checkbox"/> Physiotherapeut/in | <input type="checkbox"/> Logopäde/in |
| <input type="checkbox"/> HP auf dem Gebiet der | <input type="checkbox"/> Masseur/med. Bademeister/in | <input type="checkbox"/> Ergotherapeut/in |
| <input type="checkbox"/> Podologe/in | <input type="checkbox"/> Diätassistent/in | <input type="checkbox"/> Krankenschwester/-pfleger |
| <input type="checkbox"/> Pflegehelfer/in/Sonstiges | | <input type="checkbox"/> Hebammen |

Art der Änderung:

Änderung ab / zum: _____

- | | | | |
|---|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> Verlegung der Praxis | <input type="checkbox"/> Zweitpraxis | <input type="checkbox"/> invasiv (bei HP) | <input type="checkbox"/> nicht invasiv (bei HP) |
| <input type="checkbox"/> Abmeldung | <input type="checkbox"/> Wegzug in Landkreis | <input type="checkbox"/> Namensänderung | <input type="checkbox"/> Wiederanmeldung |

Nachname/Vorname: _____	ggf. neuer Name: _____
geboren am: _____	in: _____
Praxisanschrift: _____	ggf. neue Praxisanschrift _____
Privatanschrift: _____	ggf. neue Privatanschrift: _____
Inhaber der Praxis: _____	
Telefon _____	

Ort, Datum _____

Unterschrift _____