

Änderungsmitteilung für Heilpraktiker und selbstständige medizinische Heilberufe



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

Posteingang:

Berufsbezeichnung / gemeldet als:

- | | | |
|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> Heilpraktiker | <input type="checkbox"/> Ergotherapeut | <input type="checkbox"/> Diätassistent |
| <input type="checkbox"/> Physiotherapeut / Krankengymnast | <input type="checkbox"/> Logopäde | <input type="checkbox"/> Orthoptist |
| <input type="checkbox"/> Podologe / med. Fußpfleger | <input type="checkbox"/> Masseur / med. Bademeister | |
| <input type="checkbox"/> Hebamme / Geburtshelfer | <input type="checkbox"/> Sonstige: _____ | |

Art der Änderung:

Änderung ab / zum: _____

- | | | | |
|--|------------------------------------|---|------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Verlegung der Einrichtung | <input type="checkbox"/> Abmeldung | <input type="checkbox"/> Namensänderung | <input type="checkbox"/> Sonstiges |
|--|------------------------------------|---|------------------------------------|

Nachname/Vorname: _____	ggf. neuer Name: _____
geboren am: _____	in: _____
Einrichtung: _____	Einrichtungsanschrift: _____
Privatanschrift: _____	ggf. neue Privatanschrift: _____
Inhaber/in der Einrichtung: _____	
Telefon: _____	
Anmerkungen: _____ _____ _____	

Ort, Datum _____

Unterschrift _____

Die Verwendung der männlichen Form bei Personenbezeichnungen gilt im Sinne der Gleichbehandlung grundsätzlich für alle Geschlechter.