

## Meldung als Selbständige(r) in einem Gesundheitsberuf

nach § 2 der Landesverordnung über Berufe des Gesundheitswesens vom 02. Dezember 2014 (GVOBl. Schl.-H. S. 402)

### 1. Zur Person

Name: \_\_\_\_\_

Vorname: \_\_\_\_\_ ggf. Geburtsname: \_\_\_\_\_

Geboren am: \_\_\_\_\_ in: \_\_\_\_\_

### 2. Zu Praxen, Zweigpraxen, Betriebs- oder Arbeitsstätten (Mehrfachnennungen möglich)

Bezeichnung: \_\_\_\_\_

Anschrift: \_\_\_\_\_

Tel.-Nr.: \_\_\_\_\_ Fax: \_\_\_\_\_ E-Mail: \_\_\_\_\_

Mobil: \_\_\_\_\_

### 3. Berufsbezeichnung (einschl. Gebiets-/Zusatzbezeichnung): \_\_\_\_\_

### 4. Die Erlaubnis zum Führen der Berufsbezeichnung/Die Approbation

wurde erteilt am: \_\_\_\_\_ durch: \_\_\_\_\_

**bei Erstmeldung bitte beglaubigte Ablichtung beifügen**

### 5. Die Berufsausübung

in \_\_\_\_\_

(Praxis; Medizinischem Versorgungszentrum, Zweigstelle)

5.1 beginnt/hat begonnen am: \_\_\_\_\_

in selbständiger Tätigkeit  in angestellter Tätigkeit

5.2 endet am: \_\_\_\_\_

wegen  Verlegung der Praxis  
außerhalb des Kreises/der kreisfreien Stadt  Aufgabe der Berufstätigkeit

anderer Gründe

### 6. Die Praxis, Betriebs- oder Arbeitsstätte wird **innerhalb** des Kreises/der kreisfreien Stadt **verlegt**

am: \_\_\_\_\_ nach: \_\_\_\_\_

Anschrift

Für die Richtigkeit der Angaben:

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift