

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