



Landratsamt Main-Spessart
Gesundheitsamt
Rudolph-Glauber-Str. 28
97753 Karlstadt

ÖFFNUNGSZEITEN: **Telefon- & Faxnummer:**
Mo, Di, Do 8.00-12.00 Uhr Telefon: 09353 / 793 1600
13.30-15.30 Uhr Telefon: 09353 / 793 3600
Mi und Fr 8.00-12.00 Uhr Fax: 09353 / 793 7600

WWW.MAIN-SPESSART.DE
gesundheitsamt@Lramsp.de
poststelle@Lramsp.de-mail.de

Anzeige nach dem Gesundheits- und Verbraucherschutzgesetz (GDVG);

Beginn, Änderung oder Beendigung

einer heilberuflichen Berufsausübung gem. §12 GDVG als

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Diätassistent / in | <input type="checkbox"/> Krankengymnast / in & Physiotherapeut / in |
| <input type="checkbox"/> Ergotherapeut / in | <input type="checkbox"/> Logopäde / in |
| <input type="checkbox"/> Ernährungsberatung | <input type="checkbox"/> Masseur / in & med. Bademeister / in |
| <input type="checkbox"/> Hebamme / Entbindungspfleger | <input type="checkbox"/> Podologe / in & med. Fußpflege |
| <input type="checkbox"/> Heilpraktiker / in | <input type="checkbox"/> |

Name	_____
Vorname	_____
Geburtsdatum	_____
Anschrift Privat	_____
Berufsausübung	<input type="checkbox"/> Selbstständig mit Praxis <input type="checkbox"/> freiberuflich
Praxisname	_____
	<input type="checkbox"/> Neueröffnung am _____
	<input type="checkbox"/> Übernahme von _____ ab _____
	<input type="checkbox"/> Praxisschließung ab _____
Anschrift Praxis	_____
Praxisform	<input type="checkbox"/> Einzelpraxis <input type="checkbox"/> Gemeinschaftspraxis mit _____
Telefon	_____
E-Mail	_____
Internetadresse	_____

Beginn der Tätigkeit am/ab _____

Erlaubnis erteilt am _____
Erlaubnis erteilt von _____
 Originalurkunde oder beglaubigte Kopie ist beigelegt
 Originalurkunde oder beglaubigte Kopie wird noch vorgelegt

Ein Nachweis über eine ausreichende Haftpflichtversicherung für die ausgeübte Tätigkeit
 ist beigelegt wird noch vorgelegt

Fachliche Mitarbeiter

Name, Vorname	_____
Berufsbezeichnung	_____
Geburtsdatum	_____
Beschäftigt seit	_____
Anschrift	_____
Name, Vorname	_____
Berufsbezeichnung	_____
Geburtsdatum	_____
Beschäftigt seit	_____
Anschrift	_____
Name, Vorname	_____
Berufsbezeichnung	_____
Geburtsdatum	_____
Beschäftigt seit	_____
Anschrift	_____
Name, Vorname	_____
Berufsbezeichnung	_____
Geburtsdatum	_____
Beschäftigt seit	_____
Anschrift	_____

Sonstige Bemerkungen

Änderungen, Ergänzungen und eine Beendigung der Berufsausübung sind dem Gesundheitsamt gem. §12 GDVG **unverzüglich** anzuzeigen.

Ort, Datum

Unterschrift