

Vor- und Nachname
Straße und Hausnummer
PLZ, Wohnort

Telefon
E-Mail
Homepage

Kreis Euskirchen
 Der Landrat
 Gesundheitsamt
 Jülicher Ring 32

53879 Euskirchen

Telefon-Durchwahl 02251 – 15 721, Zimmer B 017

E-Mail gesundheitsamt@kreis-euskirchen.de

Anzeige über die Ausübung eines nichtakademischen Heilberufes nach § 1a des Gesetzes über die Berufsausübung der Gesundheitsfachberufe (GBerG)

Hiermit zeige ich die Aufnahme einer freiberuflichen Tätigkeit für folgende Berufsbezeichnung an (Zutreffendes bitte ankreuzen):

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Heilpraktiker/in | <input type="checkbox"/> Ich eröffne eine eigene Praxis |
| <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ich bin invasiv tätig | <input type="checkbox"/> Ich führe ausschließlich Hausbesuche durch |
| <input type="checkbox"/> Heilpraktiker/in (Psychotherapie) | <input type="checkbox"/> Ich bin als freie/r Mitarbeiter/in in einer bestehenden Praxis tätig |
| <input type="checkbox"/> Heilpraktiker/in (Physiotherapie) | |
| <input type="checkbox"/> Heilpraktiker/in (Sprachtherapie) | |
| <input type="checkbox"/> Masseur/in & med. Bademeister/in | |
| <input type="checkbox"/> Krankengymnast/in bzw. Physiotherapeut/in | |
| <input type="checkbox"/> Logopäde/in | |
| <input type="checkbox"/> Ergotherapeut/in bzw. Arbeits- und Beschäftigungstherapeut/in | |
| <input type="checkbox"/> Hebamme/Entbindungspfleger | <input type="checkbox"/> Ich wünsche eine Rückbestätigung meiner Anmeldung |
| <input type="checkbox"/> Podologe/in | |
| <input type="checkbox"/> _____ | |

Name der Praxis
Straße, Hausnummer
PLZ, Wohnort

Für die Bestätigung der Anmeldung wird eine Gebühr von 25,00 € berechnet.

Datum/Zeitpunkt der Tätigkeitsaufnahme

Wichtige Hinweise:

Die nach § 1a GBerG erforderliche Erlaubnis zur Führung der Berufsbezeichnung und den Nachweis über meine Staatsangehörigkeit (Personalausweis) lege ich in Kopie vor.

Diese v.g. Nachweise sowie eine namentliche Übersicht erbringe ich auch für die in meiner Praxis tätigen Mitarbeiter/innen, sofern diese ebenfalls einen Beruf des Gesundheitswesens ausüben.

Des Weiteren lege ich eine Kopie meiner Berufshaftpflichtversicherung vor.

 Ort, Datum

 Unterschrift