

Vor- und Nachname

Telefon

Straße und Hausnummer

E-Mail

PLZ, Wohnort

Homepage

Kreis Euskirchen
Der Landrat
Gesundheitsamt/Frau Gehlen
Jülicher Ring 32
53879 Euskirchen

Telefon-Durchwahl 02251 – 15 473

E-Mail sylvia.gehlen@kreis-euskirchen.de

Anzeige über die Ausübung eines nichtakademischen Heilberufes nach § 18 Abs. 1 des Gesetzes über den öffentlichen Gesundheitsdienst (ÖGDG)

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

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Heilpraktiker/in | <input type="checkbox"/> Heilpraktikerin (Sprachtherapie) |
| <input type="checkbox"/> Heilpraktikerin (Psychotherapie) | <input type="checkbox"/> Hebamme |
| <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 |
| <input type="checkbox"/> Podologe/in | <input type="checkbox"/> Arbeits- und Beschäftigungstherapeut/in |
| <input type="checkbox"/> | |

Datum/Zeitpunkt der Tätigkeitsaufnahme

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Ich eröffne eine eigene Praxis | <input type="checkbox"/> Ich führe ausschließlich Hausbesuche durch |
| <input type="checkbox"/> Ich bin als freie/r Mitarbeiter/in in einer bestehenden Praxis tätig | |

Name der Praxis

Straße, Hausnummer

PLZ, Wohnort

Wichtige Hinweise:

Die nach § 18 Abs. 4 ÖGDG erforderliche Erlaubnis zur Führung der Berufsbezeichnung lege ich in beglaubigter Kopie vor.
Bei einer Namensänderung nach Ausstellung der Berufserlaubnis füge ich außerdem eine Kopie meines Personalausweises
Diese v.g. Nachweise sowie eine namentliche Übersicht erbringe ich auch für die in meiner Praxis tätigen Mitarbeiter/innen.

Ort, Datum

Unterschrift