

| |
|-----------------------|
| Vor- und Nachname |
| Straße und Hausnummer |
| PLZ, Wohnort |

| |
|----------|
| Telefon |
| E-Mail |
| Homepage |

**Kreis Euskirchen
Der Landrat
Gesundheitsamt
Frau Altunöz-Vitt
Jülicher Ring 32
53879 Euskirchen**

Telefon-Durchwahl 02251 – 15 962, Zimmer B 017
E-Mail nadine.altunoez-vitt@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"/> Ich eröffne eine eigene Praxis |
| <input type="checkbox"/> Heilpraktiker/in (Sprachtherapie) | <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"/> 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 § 18 Abs. 4 ÖGDG i.V.m. § 2 DVMeld-ÖGDG NRW erforderliche Erlaubnis zur Führung der Berufsbezeichnung und den Nachweis über meine Staatsangehörigkeit (Kopie des Personalausweises) lege ich in beglaubigter 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.

Ort, Datum

Unterschrift