



Stadt Nürnberg

Gesundheitsamt

Meldung über den ☐ **Beginn** o. ☐ **Beendigung** o. ☐ **Änderung** anzeigepflichtiger Tatsachen
(selbstständige/ freiberufliche Heilberufe gem. Art. 10 GDG)

ab Tag Monat Jahr

--	--	--

Zuname, Vorname (bei Verheirateten auch Geburtsname)

--

Geburtsdatum

Tag

Monat

Jahr

Berufsbezeichnung


--

--

--

--

Praxisanschrift (mit Telefon)

E-Mail	 Fax

Wohnanschrift (mit Telefon)

--

Auskunft

Ich bin damit einverstanden, dass das Gesundheitsamt meine Praxisanschrift und mein Angebot an Interessierte mündlich mitteilt Ja ☐ Nein ☐

Nürnberg, _____

Datum, Unterschrift

Anlage: beglaubigte Kopie der Erlaubnis zur Führung der Berufsbezeichnung
Kopie des Versicherungsscheins über die Berufs-Haftpflicht

Beachten: Nach dem 31.12.1970 Geborene, die in der Praxis tätig werden wollen, müssen über einen ausreichenden Masernschutz gemäß § 20 Abs. 9 Infektionsschutzgesetz (IfSG) verfügen.

Wurde nachgewiesen am _____ durch 2 Impfungen, Titerbestimmung (wird vom Gesundheitsamt ausgefüllt)

Gemäß der Datenschutzgrundverordnung (DSGVO) verweisen wir auf folgenden Link:
<https://www.nuernberg.de/internet/gesundheitsamt/datenschutz.html>