



Stadt Nürnberg

Gesundheitsamt

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

ab Tag Monat Jahr

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------	----------------------

Zuname, Vorname (bei Verheiraten 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>