



Stadt Nürnberg

Gesundheitsamt

Meldung über den **Beginn** o. **Beendigung** o. **Änderung** anzeigepflichtiger Tatsachen
(selbstständige/ freiberufliche Heilberufe gem. Art. 10, 16 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)

	
--	---

Behörde die die Erlaubnis zur Führung der Berufsbezeichnung erteilt hat

Ausstellungsdatum

--	--

I. Auskunft

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

II. Sprachkenntnisse: Ich behandle auch in _____

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 IfSG verfügen.

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