



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)

<input type="text"/>	
E-Mail	Fax

Wohnanschrift (mit Telefon)

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

Behörde die die Erlaubnis zur Führung der Berufsbezeichnung erteilt hat

Ausstellungsdatum

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

I. Auskunft

Ich bin damit einverstanden, dass das Gesundheitsamt meine Praxisanschrift und mein Angebot an Interessierte

a) mündlich mitteilt

Ja Nein

b) auf der website des Gesundheitsamtes listet

Ja Nein

II. Therapieangebot:

- _____
- _____
- _____

III. 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>