



Stadt Nürnberg

Gesundheitsamt

Meldung über den **Beginn** o. **Beendigung** o. **Änderung** anzeigepflichtiger Tatsachen
(gem. Art. 16 GDG)


ab Tag Monat Jahr

--	--	--

Nachname, Vorname (bei Verheirateten auch Geburtsname) **des Inhabers/Geschäftsführers**

--

Wohnanschrift (mit Telefon) des Inhabers/Geschäftsführers



Geburtsdatum


Tag Monat Jahr

--	--	--

Name des Pflegedienstes/der Tagespflege

--

Anschrift (mit Telefon)

	
E-Mail	Fax

I. Auskunft

Ich bin damit einverstanden, dass das Gesundheitsamt meine Anschrift der Einrichtung und mein Angebot an Interessierte

a) mündlich mitteilt

Ja Nein

Nürnberg, _____

Datum, Unterschrift

Anlage: Eine Kopie des Versicherungsscheins über die Berufs-Haftpflicht

Gemäß der Datenschutzgrundverordnung (DSGVO) verweisen wir auf folgenden Link:

<https://www.nuernberg.de/internet/gesundheitsamt/datenschutz.html>