



Stadt Nürnberg

Gesundheitsamt

Meldung über den  **Beginn** o.  **Beendigung** o.  **Änderung** anzeigepflichtiger Tatsachen  
(selbstständige/ freiberufliche Heilberufe gem. Art. 12, 18 GDVG)

**ab** Tag Monat Jahr

--	--	--

Zuname, Vorname (bei Verheirateten auch Geburtsname)

--

Geburtsdatum


Tag Monat Jahr

--	--	--

Berufsbezeichnung

--

**Praxisanschrift (mit Telefon)**


<b>E-Mail</b> <span style="float: right;"><b>Fax</b></span>

**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

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>