

**Anzeige/Anmeldung eines Berufes des Gesundheitswesens**  
nach § 12 HGöGD / § 2 Abs. 2 Heilberufsgesetz



**Abmeldung**

Kreisgesundheitsamt des Odenwaldkreises  
Medizinalaufsicht  
Michelstädter Straße 12  
64711 Erbach

**Antragsteller/in**

Titel

Nachname

Vorname

Straße

Postleitzahl

Ort

Geburtsdatum

Geburtsort

Telefon

E-Mail

Art der Tätigkeit

Berufs-/Gebiets-/Facharztbezeichnung

Tätigkeitsschwerpunkte

Beginn der Tätigkeit

Ende der Tätigkeit

**Praxis**

Name der Praxis

Straße

Postleitzahl

Ort

Telefon

Fax

E-Mail

Homepage

Ich wünsche eine gebührenpflichtige Bescheinigung der Anzeige.

**Die Gebühr je Bescheinigung beträgt 15,00 € zuzüglich aktueller Portokosten.**

Anlage bei Anmeldung: **Beglaubigte** Abschrift/Fotokopie der

Approbationsurkunde

Promotionsurkunde

Facharztanerkennung/Fachzahnarztanerkennung

Erlaubnisurkunde / amtlichen Nachweises zu Weiterbildungen

Arbeitserlaubnis (für ausländische Staatsangehörige)

Berufserlaubnisurkunde

Ort, Datum

Unterschrift u. **Stempel:**