

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

☐ **Abmeldung**

☐ **Änderung**

(Bitte geben Sie Ihre persönlichen Daten an und befüllen die Felder, die sich geändert haben.)

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: Abschrift/Fotokopie der

- ☐ Approbationsurkunde
- ☐ Promotionsurkunde
- ☐ Facharztanerkennung/Fachzahnarztanerkennung
- ☐ Erlaubnisurkunde / amtlichen Nachweises zu Weiterbildungen
- ☐ Arbeitserlaubnis (für ausländische Staatsangehörige)
- ☐ Berufserlaubnisurkunde



Gerne können Sie uns
das ausgefüllte Formular
inkl. Anlagen durch
Anklicken oder Scannen
des nebenstehenden
QR-Codes auch online
übermitteln.

Ort, Datum: Unterschrift u. **Stempel:**